



Ruhsal Bozukluklarda Uyku Sleep in Mental Disorders

Necla Keskin¹, Lut Tamam²

¹Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Van, Turkey

²Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana, Turkey

ABSTRACT

Sleep is a physiological need and is related with learning, memory and mood regulation. Change in sleep quality and quantity is one of the basic complaints in most of mental disorders. Sleep disturbances are observed in many different disorders such as depression, bipolar disorder, schizophrenia, drug dependence and anxiety disorders and significantly influences disease course. Sleep disorders which are known to have negative effects on clinical outcome, treatment response and quality of life in mental disorders are discussed in this article.

Key words: Sleep, mental disorders, sleep disturbances.

ÖZ

Fizyolojik bir gereksinim olan uyku öğrenme, bellek ve duygudurumun düzenlenmesi ile ilişkilidir. Ruhsal bozuklukların çoğunda görülen yakınmaların başında, uykunun nicelik ve niteliğindeki değişimler gelir. Depresyon başta olmak üzere bipolar bozukluk, şizofreni, madde bağımlılığı, anksiyete bozuklukları gibi birçok ruhsal bozuklukta bu uyku sorunları gözlenir ve hastalık sürecini etkiler. Bu yazıda, ruhsal bozuklukların seyri, tedavi yanıtı ve yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkileri olduğu bilinen uyku bozuklukları tartışılmıştır.

Anahtar kelimeler: Uyku, ruhsal bozukluklar, uyku bozuklukları.

Giriş

Uyku farklı bir bilinçlilik durumudur. Geçmişte sanılanın aksine aktif, karmaşık, farklı nöron gruplarının etkilendiği, yüksek düzeyde düzenlenmiş bir işlev olan uyku, insan vücudunun normal ve sağlıklı işlemesi için gerekli ve öğrenme, bellek ve duygudurumun düzenlenmesi ile



ilişkilidir¹⁻³. Uyku bozuklukları başlı başına bir hastalık olarak görülebileceği gibi başka bir bedensel ya da ruhsal hastalığın bir belirtisi olarak ortaya çıkabilir.

Ruhsal bozuklukların çoğunda görülen yakınmaların başında, uykunun nicelik ve niteliğindeki değişimler gelir. Uykuyu başlatma ve sürdürme güçlüğü, kötü uyku kalitesi en sık karşılaşılan sorunlardır⁴. Ruhsal bozukluklarda uyku örüntüsü sağlıklılardan farklı olmakla birlikte, herhangi bir bozukluk için ayırt edici bir özellik gösterilememiştir. Uyku sorunları ruhsal bozukluğu olan kişilerde yaşam kalitesini düşürmekte ve tedavi yanıtını olumsuz etkilemektedir^{2,5}. Bu yazıda, ruhsal bozukluklara sıklıkla eşlik eden başlıca uyku sorunları ele alınmıştır.

Depresif Bozukluklar ve Uyku

Ruhsal bozukluklarda uyku değişkenleri en çok depresif bozukluğu olan hastalarda araştırılmıştır. Uyku ve depresif bozuklukların ilişkisi karmaşık ve güçlüdür, depresyon uyku sorunlarına yol açabileceği gibi, uyku sorunları da depresyona neden olabilir ya da eşlik edebilir. Uyku sorunları depresif bozukluğu olan hastalarda artmış hastalık şiddeti ile ilişkilendirilmiştir. Depresif hastaların % 80-85'i uykusuzluktan yakınmaktadır². Depresyonda, uyku latansı uzun, REM (Rapid Eye Movements, hızlı göz hareketleri) latansı kısa, ilk REM dönemi uzun ve yoğun, ilk NREM (non-Rapid Eye Movements, NREM) dönemi ise kısadır ve yavaş dalga uykusu azalmıştır. Yani depresyonda normalde ilk saatlerde fazla olan NREM uykusu azalmış, REM uykusu ise artmıştır⁶. Uyku yapısındaki bu değişimler kendini, uykuya dalma güçlüğü, yüzeysel uyuma, gece sık ve uzun süreli, sabah ise dinlenmemiş uyanma ve gündüz uykululuk ile gösterir. Psikotik özellikli depresyonda, özkıym eğilimi olan ve yatan hastalarda uyku çalışmalarından elde edilen bulguların (REM latansında kısalma, REM yoğunluğunda artma gibi) daha belirgin olduğu bildiren çalışmalar olduğu gibi klinik şiddetin belirti ve bulguları etkilemediğini gösteren çalışmalar da mevcuttur⁷⁻⁹. Psikotik özellikli olan ve olmayan depresyonun karşılaştırıldığı bir çalışmada, uyanıklığın psikotik özellikler gösteren depresyonda klinik şiddete bağlı olarak artmış olduğu, ancak REM latansındaki kısalmanın klinik şiddetten etkilenmediği bildirilmiştir¹⁰. Depresyonda REM uykusunda meydana gelen değişimler, nörotransmitter anomalileri ve bozulan sirkadiyen ritmin, uykunun iç ritmini bozmasıyla ilişkilendirilmiştir⁷.

Uyku sorunları ve depresif bozukluklar benzer risk faktörleri ve biyolojik özellikler ile ilişkili olabilir ve benzer tedavi stratejilerine yanıt verebilirler. Aile öyküsü bipolar bozukluk (BPB) ya da majör depresyon açısından pozitif olan sağlıklı kişilerin, aile öyküsü negatif olan sağlıklı bireyler ve majör depresyon tanılı hastalarla kıyaslandığı bir çalışmada, bu kişilerin %18'inde

depresyon benzeri uyku örüntüsü (azalmış yavaş dalga uykusu ve artmış REM yoğunluğu) saptanmıştır. Bu durum uyku örüntüsündeki değişmelerin, depresyon için biyolojik göstergelerden biri olarak kabul edilebileceğini düşündürmüştür¹¹.

Distimik ya da eşik altı depresyonu olan hastalarda yapılan uyku EEG'sinde de majör depresyona benzer bulgular elde edilmiş, duygudurum bozuklukları açısından ailesel yüküklük belirgin, antidepresan ilaçlara ve uyku yoksunluğuna yanıt iyi bulunmuş, izlemde major duygudurum dönemlerinin geliştiği gözlenmiştir. Bu durum eşik altı depresyon ile melankolik depresyon arasında ortak bir nörofizyolojik temelin varlığını desteklemektedir. REM latansında kısalma, depresyon döneminde olmayan borderline kişilik bozukluğunda ve uyku merkezlerine başvuran, duygudurum değişimi tanımlamayan, ancak depresyonun somatik belirtilerini gösteren kişilerde de gösterilmiştir¹².

Uyku çalışmalarıyla, depresyonda tedavi modelinin erken dönemde belirlenebileceği ileri sürülmüştür. REM latansı kısa olanlarda, farmakoterapi ve EKT'nin, orta olanlarda antidepresanların, normal olanlarda da psikoterapinin yararlı olacağı görüşü ağır basmaktadır. Tedavi sonrası REM latansında uzama tedaviye iyi yanıt alınacağını göstergesi olarak kabul edilmektedir ve uyku örüntüsü patolojileri fazla olan olguların tedavi yanıtının kötü olduğu saptanmıştır^{2,7,13}. Tedavi ile ortaya çıkan değişimler, uygulanan tedavinin ve/veya depresyondaki düzelmelerin sonucu olarak ortaya çıkıyor olabilir^{2,7}. Bu bilgiler ışığında, uyku çalışmalarından elde edilen sonuçlar ile düzenlenen tedaviye alınacak yanıtın daha iyi olması ve hastalığa bağlı morbiditeyi azaltması beklenebilir.

Uzamış gece uykusu, sabah uyanma güçlüğü ve gündüz aşırı uykululuk ile kendini gösteren hipersomnia kötü hastalık gidişi, artmış tedavi direnci ve yinelemelerle ilişkilendirilen bir uyku bozukluğudur. Hipersomnia depresyonun anerji, avolüsyon ve psikomotor retardasyon gibi belirtilerini maskeleyebilir¹⁴. Depresif hastaların % 15-20'si fazla uyumaktan yakınmaktadır². Major depresyonda % 30, bipolar depresyonda % 38-78, ötimik bipolarlarda ise % 25 sıklıkta hipersomnia görüldüğü bildirilmiştir¹⁴. Özellikle atipik, mevsimsel özellikler gösteren ya da bipolar depresyonda hipersomnia görülebilir⁴. Hipersomniası olan altı depresif hastanın, hastalık ve iyileşme dönemlerinde, sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığı bir çalışmada, toplam uyku süresi depresiflerde en uzun saptanmış, gündüz uykusu, bu uzamanın en sık nedeni olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada, depresif ve iyileşmiş olan kişiler arasında, uykunun başlaması ile uyku evrelerine geçiş, uyku evrelerinin dağılımı, REM latansı ve REM yoğunluğu açısından fark saptanmadığı bildirilmiştir¹⁵.

Major depresyon ile birlikte sık görüldüğü bilinen uyku bozukluklarından biri obstrüktif uyku apne sendromu (OUAS)'dur. Her iki bozuklukta da görülebilen sabah erken uyanma, psikomotor retardasyon, konsantrasyon eksikliği, bellek sorunları, cinsel istekte azalma, duygudurum dalgalanmaları, sinirlilik, irritabilite, iştahta artış ve kilo alımı gibi belirtiler örtüşebilmektedir. OUAS'ta depresyon görülme sıklığının %5-63 arasında değiştiği tahmin edilmektedir. OUAS şiddetiyle depresyon şiddetinin ilişkisinin araştırıldığı çalışmalarda çelişkili sonuçlar elde edilse de, yaşam kalitesini arttıran OUAS tedavisinin depresyon belirtilerinde azalmaya yol açtığı bildirilmiştir. OUAS ve depresif duygudurum arasındaki biyolojik ortaklığın prefrontal işlev bozukluğu ve artmış oksidatif stresle ilişkili olabileceği ileri sürülmüştür¹⁶.

Özetle, depresyonun uyku ve bozuklukları ile ilişkisi pek çok çalışmada gösterilmiştir. Depresyonda uyku ile ilişkili öznel yakınmaların yanı sıra uyku yapısıyla ilgili nesnel değişimler dikkat çekmektedir ve hastalık tanısında, yinelemeleri öngörmede ve tedavide uyku değişkenlerinin önem taşıdığı bilinmektedir. Kötü uyku kalitesi depresyonda yineleme, depresme ve özkıyım davranışı ile yakından ilişkilidir. Bu nedenle depresif hastalarda uyku sorunları dikkatle ele alınmalı ve tedavi edilmelidir¹⁷.

Bipolar Bozukluk ve Uyku

Bipolar bozukluğun (BPB) hem manik hem depresif döneminde uykunun nicelik ve niteliği ile ilgili değişiklikler sıklıkla görülür. DSM 5'te majör depresyon dönemi için "neredeyse her gün uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma", mani ya da hipomani dönemi için ise "uyku gereksiniminde azalma" temel tanı ölçütlerindedir¹⁸. Uyku bozukluklarından insomnia ile manik dönemde, hipersomnia ile ise depresif dönemde daha sık karşılaşılır. Gece sık uyanma, uyku kalitesinde düşme, toplam uyku süresinde azalma ya da artma, gündüz aşırı uykululuk ve kabus sıklıkla bildirilen yakınmalardandır¹⁹. Duygudurumun düzenlenmesinde temel öneme sahip olduğu bilinen uykunun bipolar ötimik hastalarda bile bozulmuş olduğu bilinmektedir²⁰. BPB'ta görülen uyku sorunları tanı ölçütlerinde de belirtildiği gibi hastalığın belirtisi, prodromal bulgusu, ek uyku bozukluklarının, tıbbi hastalıkların sonucu olarak görülebilir ya da kullanılan ilaçların etkisi ile ortaya çıkabilir^{20,21}.

Uyku ile ilgili yakınmaların bipolar ve unipolar depresyonda benzer olduğu bilinmektedir²². Uyku yapısında meydana gelen değişimler ise bazı çalışmalarda benzer, bazılarında ise farklı bulunmuştur. REM dönemlerinde bölünme gibi değişimlerin bipolar depresyonda unipolar depresyona göre daha belirgin olduğu, tam tersine unipolarlarda, bipolar depresiflere göre uykunun daha fazla bozulmuş olduğu ya da bipolar depresyon ile unipolar depresyon arasında

uyku değişkenleri arasında fark olmadığı farklı çalışmalarda gösterilmiştir²³⁻²⁵. Günümüzde bipolar depresyon ile unipolar depresyonda uyku özelliklerinin benzer olduğu görüşü ağırlık kazanmıştır²⁶.

Mani ve hipomanide uykuyu başlatma gücüğü ön plandadır, uyku sürekliliği bozulmuş, derin uyku ve toplam uyku süresi azalmıştır². Manik hastaların % 69-99'u azalmış uyku ihtiyacı ve uykuyu başlatma gücüğünden yakınmaktadır²⁷. Uyku sorunu manide % 77 görülme oranı ile en sık, depresyonda ise % 24 ile 6. sık prodromal belirti olarak bildirilmiştir²⁸. Bipolar hastaların manik, hipomanik ve depresif dönemlerinde olduğu gibi ötimik dönemlerinde de, sağlıklı kontrollere göre uyku sorunlarının devam ettiği çok sayıda çalışmada gösterilmiştir^{29,30}. Bipolar ötimik hastaların, aktigrafik ölçümleri sağlıklı bireylerden farklı, gece uykuları ve uykuya dalma süreleri daha uzun, gün içindeki etkinlik düzeyleri daha düşük bulunmuştur²⁹.

Hipersomnia psikiyatrik bozukluklardan en sık BPB ile birlikte görülmekte ve hastalığın iyileşme döneminde de sürmektedir. Anergik bipolar depresyonu olan hipersomniak hastaların uyku EEG'sinde, evre 1 uykunun azaldığı, REM latansında kısalma, uyku sürekliliğinde bozulma ve evre 3-4 uykuda azalma olmadığı saptanmıştır³¹. Hipersomniası olan bipolar depresif hastaların narkoleptiklerden farklı olarak gündüz REM uykusu almadıkları ve bu hastalardaki aşırı uykululuğun, uyku ya da REM uykusuna meyilli olmaktan ziyade ilgi kaybı, sosyal geri çekilme, azalmış enerji ve psikomotor retardasyon gibi depresif belirtilerle ilişkili olduğu bildirilmiştir³².

Sirkadiyen ritim BPB'un hem akut alevlenme dönemlerinde hem de remisyon dönemlerinde sıklıkla bozulmuştur. BPB'un temel bileşenlerinden biri olan biyolojik ritimdeki bozulma hastalığın etiyojisinde rol oynamakta, yineleme ve depresmelerle ilişkilendirilmektedir³³. Bipolar hastalarda, gecikmiş uyku fazı bozukluğunun sıklıkla görüldüğü bildirilmiştir³⁴.

BPB OUAS birlikteliği de sık karşılaşılan durumlardandır. Obezitenin normal popülasyona göre bipolar hastalarda iki kat yüksek olması artmış OUAS sıklığının nedenlerinden biridir³⁵. Major depresyonda olduğu gibi örtüşen belirtiler tanı koymayı güçleştirebilir. OUAS'lı hastalarda depresyon ve mani dönemlerinin daha şiddetli seyrettiği bildirilmiş, OUAS bipolar hastalarda tedaviye direnç ile ilişkilendirilmiştir¹⁶. OUAS tanısı alan bipolar hastalarda CPAP tedavisi sonrası manik atak geliştiği, OUAS nedeniyle cerrahi uygulanan bir hastanın da duygudurumunda düzelme olduğu ve OUAS tanılı, psikotik özellikli manisi olan tedaviye dirençli bir hastada EKT'nin etkili olduğu bildirilmiştir³⁵⁻³⁷.

BPB'ta parasomnialar ve diğer uyku bozuklukları çalışılmamıştır. Konfüzyonel uyanmalar, uyurgezerlik, uyku terörü ve izole uyku paralizisi gibi parasomnialar BPB başta olmak üzere pek

çok ruhsal bozuklukla ilişkilendirilmekte, ruhsal bozukluk olması durumunda parasomniaların görülme sıklığının arttığı bilinmektedir³⁸⁻⁴⁰.

Anksiyete Bozuklukları ve Uyku

Anksiyete bozukluklarında uyku sorunları, özellikle uykuyu başlatma ve sürdürme güçlüğü sıklıkla görülür. Uyku sorunları anksiyete bozuklukları ile birlikte görülebilir, anksiyetenin nedeni ya da sonucu olarak ortaya çıkabilir. Uyku yoksunluğu anksiyete bulgularına yol açmakta, anksiyete bozukluklarında da bireyin içinde bulunduğu gerginlik, uykunun başlangıcında beklenen gevşemeye engel olmaktadır^{2,41}. Yapılan çalışmalarda insomniası olan hastaların % 24-36'sında, hipersomniası olan hastaların ise % 27-42'sinde anksiyete bozukluğu görüldüğü bildirilmiştir⁴¹. Bazı anksiyete bozuklukları için tanı ölçütleri arasında yer alan uyku sorunları, bu bozukluklarda yaygın olarak görülmekle birlikte yeterince araştırılmamıştır. Polisomnografik çalışmalarda, anksiyete bozukluklarında uykuda kısıtlı değişiklikler olduğu gözlenmiş, uyku yapısında özgül bir değişikliğe rastlanmamıştır⁴¹. 1083 hastada polisomnografik incelemenin yapıldığı yeni bir çalışmada anksiyetenin REM ve uyku latansında uzamaya, REM uykusu ve yavaş dalga uykusunda da azalmaya yol açtığı saptanmıştır⁴². Uyku bozukluğu (uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük çekme ya da dinlendirmeyen, doyurucu olmayan bir uyku uyuma) yaygın anksiyete bozukluğu için DSM 5 tanı ölçütlerindedir¹⁸. Yaygın anksiyete bozukluğu olanlarda, insomniyak hastalarda olduğu gibi, uyku latansı uzun, uyku etkinliği az ve uyku sürekliliği bozuktur, derin uyku azalmıştır².

Panik bozuklukta uyku sorunları, özellikle insomnia yaygın olarak görülür. Panik bozukluğu olan hastaların % 68'inde uykuya dalma güçlüğü olduğu, % 77'inin de dinlendirici olmayan uykudan yakındığı bildirilmiştir. Panik bozukluk tanılı hastaların % 20-45'inin tekrarlayan noktural panik ataklar yaşadığı saptanmıştır⁴¹. Panik bozukluğunda uyku latansında uzama, uyku süre ve etkinliğinde azalma olduğu bildirilmiştir⁴³. Noktural panik ataklar REM uykusu ile NREM 2. dönem sonrası, 3. dönem başında görülür ve uyku sırasındaki otonomik disregülasyon ile ilişkilendirilmiştir. Uykuda solunum düzensizlikleri de bu hastalarda sık görülür². Ek psikiyatrik tanılar, mevcut patolojinin uzun süreli doğası, heterojen örneklem grupları çalışmalardan farklı sonuçlar elde edilmesine yol açmakta ve sonuçlarının genelleştirilmesini zorlaştırmaktadır².

DSM-IV'te anksiyete bozuklukları içerisinde incelenen, DSM-5'te ayrı bir grup olarak ele alınan obsesif kompulsif bozuklukta (OKB) uyku sorunları obsesyon ve kompülsiyonlarla ya da depresyon gibi ektanılarla ilişkili olarak ortaya çıkabilir. Uykuyu sürdürme güçlüğü, gece sık

uyanma ve toplam uyku süresinde azalma en sık karşılaşılan belirtilerdir. Uykunun düzenlenmesi ile OKB patofizyolojisinin ortak serotonerjik mekanizmalardan köken aldığı düşünülmektedir, ancak uyku yapısında OKB'ye özgü bir değişiklik gösterilememiştir⁴⁴.

Uyku sorunlarının sıklıkla görüldüğü ve tanımlayıcı bir ölçüt olduğu bozukluklardan biri, DSM-IV'te anksiyete bozuklukları içerisinde incelenen, Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB)'dur. Travmatik olayla ilişkili yineleyici, sıkıntı veren düşlerin görülmesi TSSB tanı ölçütlerindedir¹⁸. TSSB'de bazen bir kaçınma davranışı olarak ortaya çıkabilen insomnia ile birlikte artmış uyarılmışlık sonucunda, uykuya dalma ve uykuyu sürdürme güçlüğü sıklıkla görülür². TSSB'nin uyku ile ilişkili şiddet davranışı, uyku terörü, uyku paralizisi ve REM uykusu davranış bozukluğuna yol açtığı saptanmıştır⁴⁵. TSSB'de uyku sorunlarının, travmadan sonraki erken dönemde daha yoğun olduğu ve zamanla azaldığı bilinmektedir². Uyku ile ilişkili sorunların bu hastalarda, fiziksel aktivitenin azalmasına yol açarak obezite ve diyabet gibi tıbbi hastalıklara, ruhsal bozukluklara ve daha kötü hastalık gidişine yol açtığı bildirilmiştir⁴⁶.

Anksiyete bozukluklarının neredeyse tümü kötü uyku kalitesi ile ilişkili bulunmuş, uyku bozukluklarının eşlik ettiği anksiyete bozukluklarında yaşam kalitesi daha kötü, hastalığa bağlı morbidite daha fazla bulunmuştur⁴⁷. Anksiyete bozukluğu olan hastalarda Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) kullanılarak uyku kalitesinin değerlendirildiği bir çalışmada, hastaların % 64'ünün uyku kalitesi kötü (PUKİ>5) bulunmuş, uyku kalitesindeki bozulmanın en çok yaygın anksiyete bozukluğu ve sosyal fobi ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada gün içi işlevsellikte bozulmanın yaygın anksiyete bozukluğu olanlarda en belirgin olduğu bildirilmiştir⁴⁷. Uyku ile ilişkili yakınmaların anksiyete bozukluklarında hastalık şiddetini arttırdığı düşünülmektedir ancak yapılan çalışmalarda çelişkili sonuçlar elde edilmiştir⁴⁷.

Şizofreni ve Uyku

Şizofrenide uykusuzluk ya da aşırı uykululuk gibi uyku sorunları temel belirtilerden biri olmakla birlikte, gerek hastaların uyku çalışmasına uyum sağlayamaması, gerekse de ilaç kullanmayan hasta bulmanın güçlüğü, bu alanda çalışma yapılmasını zorlaştırmakta, yapılan çalışmalardan elde edilen verilerin de güvenilirliğini düşürmektedir. Genel olarak uyku sürekliliğinin bozuk, uyku etkinliğinin azalmış olduğu ve uykuyu başlatma güçlüğüne sık görüldüğü şizofreni hastalarında, uyku latansı uzamış, REM, delta uykusu ve toplam uyku süresi azalmıştır ve REM yoksunluğu sonrası 'REM rebound'ı görülmemektedir^{2,48,49}. Şizofrenide, depresyon belirtileri ve ilaç yan etkisi ile birlikte ve bu etkenlerden bağımsız olarak uyku kalitesinin kötü olduğu ve bu durumun gün içi işlevselliği ve yaşam kalitesini olumsuz etkilediği bulunmuştur⁵⁰. Şizofreni

tedavisi gören hastalarda OUAS görülme sıklığının kronik nöroleptik kullanımı ve obezite ile ilişkili olarak arttığı saptanmıştır. Atipik antipsikotik kullanımının bel ve boyun çevresinin kalınlığından bağımsız olarak şiddetli OUAS oluşumu sıklığını artırdığı, tedaviye yetersiz yanıt veren inatçı psikotik tablonun CPAP tedavisinden yarar görebileceği bildirilmiştir¹⁶.

Madde ve Alkol Kullanım Bozuklukları ve Uyku

Madde ve alkol kullanım bozuklukları ile uyku sorunları sıklıkla birlikte görülmektedir. Uyku bozukluğu olan hastaların tedavi amacıyla madde ve alkol kullandıkları, kötüye kullanılan ya da bağımlılık yapıcı maddelerin uyku yapısını etkiledikleri ve madde ya da alkol kesilme dönemlerinde uyku sorunlarının sık görüldüğü bilinmektedir. Alkol ve madde kötüye kullanımının uyku bozukluğu görülme sıklığını 5-10 kat arttırdığı, uyku kalitesini bozduğu ve uyku bozukluklarının tedavi edilmesinin remisyona ulaşmada önem taşıdığı, madde kesildikten sonraki erken dönemde uyku kalitesi kötü olan kişilerde yinleme riskinin daha yüksek olduğu bulunmuştur^{51,52}.

Diğer Ruhsal Bozukluklar ve Uyku

Dissosiyatif bozukluk ve parasomniaların ortaya çıkmasında psikososyal, tıbbi ve çevresel stres etkenleri önemli rol oynar. Uyku terörü ve uyurgezerliğin, dissosiyatif davranıştan köken aldığı ya da aynı hastalık gruplarının farklı görünümüleri olabileceği düşünülmektedir. Stres sonucunda artmış kolinerjik duyarlılık, uykuya dalmada güçlük, uyku etkinliğinde, toplam uyku süresinde ve yavaş dalga uykusunda azalma dolayısı ile uyku kalitesinde düşme ile ilişkilendirilmiştir⁴⁵. Borderline kişilik bozukluğunda, uyku sürekliliğinde bozulma, REM uykusu değişiklikleri ve kabuslar sık görülmektedir. Uyku sorunları kişilik özellikleri, ek ruhsal ve tıbbi hastalıklar ve çevresel etkenlerle ilişkilendirilmiş, borderline kişilik bozukluğuna özgü bir uyku paterni tanımlanmamıştır. Bu hastalarda uyku bozukluklarının uygun ve etkin bir şekilde tedavi edilmesinin hastalık gidişini olumlu etkileyeceği düşünülmektedir⁵³.

Sonuç

Ruhsal bozukluklarda yapılan uyku çalışmalarında özgül bir bulgu saptanmamıştır. Uyku yapısında meydana gelen değişimler ya da yapılan çalışmaların sonuçları değerlendirilirken, ektanılar ve kullanılan ilaçlar göz önünde bulundurulmalı, bu durumların etkisi dışlanmalıdır. Hastalık seyri, tedavi etkinliği ve yaşam kalitesi üzerine olan etkisi göz önünde bulundurulduğunda, ruhsal bozukluğu olan her hastanın uyku alışkanlıkları, yapısı ve bozuklukları açısından ayrıntılı olarak incelenmesi büyük önem taşımaktadır.

Kaynaklar

1. Şenel F. Uyku ve rüya. *Bilim ve Teknik Dergisi*, 2005;1-19.
2. Aydın H. Uyku ve Bozuklukları. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2007.
3. Aydın H, Özgen F. Uyku, yapısı ve işlevi. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry*. 2001;2:79-85.
4. Lucchesi LM, Pradella-Hallinan M, Lucchesi M, Moraes WA. Sleep in psychiatric disorders. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005;27:27-32.
5. Krystal AD, Thakur M, Roth T. Sleep disturbance in psychiatric disorders: effects on function and quality of life in mood disorders, alcoholism, and schizophrenia. *Ann Clin Psychiatry*. 2008;20:39-46.
6. Riemann D, Schnitzler M, Hohagen F, Berger M. Depression and sleep--the status of current research. *Fortschr Neurol Psychiatr*. 1994; 62:458-78.
7. Özgen F, Aydın H, Ceyhun E. Affektif bozukluklarda uyku çalışmaları. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi*. 2001;2:126-30.
8. Hubain P, Van Veen C, Staner L, Mendlewicz J, Linkowski P. Neuroendocrine and sleep variables in major depressed inpatients: role of severity. *Psychiatry Res*. 1996;63:83-92.
9. Goetz RR, Puig-Antich J, Dahl RE, Ryan ND, Asnis GM, Rabinovich H et al. EEG sleep of young adults with major depression: a controlled study. *J Affect Disord*. 1991;22:91-100.
10. Stefos G, Staner L, Kerkhofs M, Hubain P, Mendlewicz J, Linkowski P. Shortened REM latency as a psychobiological marker for psychotic depression? an age-, gender-, and polarity-controlled study. *Biol Psychiatry*. 1998;44:1314-20.
11. Lauer CJ, Schreiber W, Holsboer F, Krieg JC. In quest of identifying vulnerability markers for psychiatric disorders by all-night polysomnography. *Arch Gen Psychiatry*. 1995;52:145-53.
12. Akiskal HS, Judd LL, Gillin JC, Lemmi H. Subthreshold depressions: clinical and polysomnographic validation of dysthymic, residual and masked forms. *J Affect Disord*. 1997;45:53-63.
13. Thase ME, Buysse DJ, Frank E, Cherry CR, Cornes CL, Mallinger AG et al. Which depressed patients will respond to interpersonal psychotherapy? the role of abnormal EEG sleep profiles. *Am J Psychiatry*. 1997;154:502-9.
14. Kaplan KA, McGlinchey EL, Soehner A, Gershon A, Talbot LS, Eidelman P et al. Hypersomnia subtypes, sleep and relapse in bipolar disorder. *Psychol Med*. 2015;45:1751-63.
15. Shimizu A, Hiyama H, Yagasaki A, Takashashi H, Fujiki A, Yoshida I. Sleep of depressed patients with hypersomnia: a 24-h polygraphic study. *Waking Sleeping*. 1979;3:335-9.
16. Yazla E, Bilici M. Obstrüktif Uyku Apne Sendromlu Hastalarda Psikiyatrik Bulgular *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*. 2013;6:19-24.
17. Nutt D, Wilson S, Paterson L. Sleep disorders as core symptoms of depression. *Dialogues Clin Neurosci*. 2008;10:329-36.
18. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed,

- (DSM 5). Washington, DC, American Psychiatric Association, 2013.
19. Giglio LM, Andrezza AC, Andersen M, Ceresér KM, Walz JC, Sterz L et al. Sleep in bipolar patients. *Sleep Breath*. 2009;13:169-73.
 20. Ritter PS, Höfler M, Wittchen HU, Lieb R, Bauer M, Pfennig A. et al. Disturbed sleep as risk factor for the subsequent onset of bipolar disorder--Data from a 10-year prospective-longitudinal study among adolescents and young adults. *J Psychiatr Res*. 2015;68:76-82.
 21. Saunders EF, Novick DM, Fernandez-Mendoza J, Kamali M, Ryan KA, Langenecker SA et al. Sleep quality during euthymia in bipolar disorder: the role of clinical features, personality traits, and stressful life events. *Int J Bipolar Disord*. 2013;13:16.
 22. Cuellar AK, Johnson SL, Winters R. Distinctions between bipolar and unipolar depression. *Clin Psychol Rev*. 2005;25:307-39.
 23. Duncan WC, Pettigrew KD, Gillin JC. REM architecture changes in bipolar and unipolar depression. *Am J Psychiatry*. 1979;136:1424-7.
 24. Feinberg M, Gillin JC, Carroll BJ, Greden JF, Zis AP. EEG studies of sleep in the diagnosis of depression. *Biol Psychiatry*. 1982;17:305-16.
 25. Lauer CJ, Wiegand M, Krieg JC. All-night electroencephalographic sleep and cranial computed tomography in depression. A study of unipolar and bipolar patients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 1992;242:59-68.
 26. Riemann D, Voderholzer U, Berger M. Sleep and sleep-wake manipulations in bipolar depression. *Neuropsychobiology*. 2002;45:7-12.
 27. Harvey AG, Talbot LS, Gershon A. Sleep disturbance in bipolar disorder across the lifespan. *Clin Psychol (New York)*. 2009;16:256-77.
 28. Jackson A, Cavanagh J, Scott J. A systematic review of manic and depressive prodromes. *J Affect Disord*. 2003;74:209-17.
 29. Salvatore P, Ghidini S, Zita G, De Panfilis C, Lambertino S, Maggini C et al. Circadian activity rhythm abnormalities in ill and recovered bipolar I disorder patients. *Bipolar Disord*. 2008;10:256-65.
 30. Brill S, Penagaluri P, Roberts RJ, Gao Y, El-Mallakh RS. Sleep disturbances in euthymic bipolar patients. *Ann Clin Psychiatry*. 2011;23:113-6.
 31. Thase ME, Himmelhoch JM, Mallinger AG, Jarrett DB, Kupfer DJ. Sleep EEG and DST findings in anergic bipolar depression. *Am J Psychiatry*. 1989;146:329-33.
 32. Nofzinger EA, Thase ME, Reynolds CF 3rd, Himmelhoch JM, Mallinger A, Houck P et al. Hypersomnia in bipolar depression: a comparison with narcolepsy using the multiple sleep latency test. *Am J Psychiatry* 1991;148:1177-81.
 33. Rosa AR, Comes M, Torrent C, Solè B, Reinares M, Pachiarotti I et al. Biological rhythm disturbance in remitted bipolar patients. *Int J Bipolar Disord*. 2013;13:1-6.
 34. Robillard R, Naismith SL, Rogers NL, Ip TK, Hermens DF, Scott EM et al. Delayed sleep phase in young people with unipolar or bipolar affective disorders. *J Affect Disord*. 2013;145:260-3.

35. Aggarwal R, Baweja R, Saunders EF, Singareddy R. CPAP-induced mania in bipolar disorder: a case report. *Bipolar Disord.* 2013;15:803-7.
36. Fleming JA, Fleetham JA, Taylor DR, Remick RA. A case report of obstructive sleep apnea in a patient with bipolar affective disorder. *Can J Psychiatry.* 1985;30:437-9.
37. See comment in PubMed Commons below Bastiampillai T, Khor LJ, Dhillon R. Complicated management of mania in the setting of undiagnosed obstructive sleep apnea. *J ECT.* 2011;27:15-16.
38. Ohayon MM, Guilleminault C, Priest RG. Night terrors, sleepwalking, and confusional arousals in the general population: their frequency and relationship to other sleep and mental disorders. *J Clin Psychiatry.* 1999;60:268-76.
39. Ohayon MM, Zully J, Guilleminault C, Smirne S. Prevalence and pathologic associations of sleep paralysis in the general population. *Neurology.* 1999;52:1194-1200.
40. Ohayon MM, Priest RG, Zully J, Smirne S. The place of confusional arousals in sleep and mental disorders: findings in a general population sample of 13,057 subjects. *J Nerv Ment Dis.* 2000;188:340-8.
41. Staner L. Sleep and anxiety disorders. *Dialogues Clin Neurosci.* 2003;5:249-58.
42. Horváth A, Szücs A, Montana X, Lanquart JP, Hubain P, Flamand M et al. Individual differences in sleep macrostructure: effects of anxiety, depression, aging and gender. *Neuropsychopharmacol Hung.* 2015;17:146-56.
43. Mellman TA, Uhde TW. Electroencephalographic sleep in panic disorder. A focus on sleep-related panic attacks. *Arch Gen Psychiatry.* 1989;46:178-84.
44. Nicholas A. Sleep and quality of life in obsessive-compulsive disorder. In *Sleep and Quality of Life in Clinical Medicine* (Eds J Verster, SR Pandi-Perumal, DL Streiner):291-7. Totawa, NF, Humana Press, 2008.
45. Bilici M, Karataş KS. Parasomni ve dissosiyatif bozukluk. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics.* 2013;6:25-31.
46. Talbot LS, Stone S, Gruber J, Hairston IS, Eidelman P, Harvey AG. A test of the bidirectional association between sleep and mood in bipolar disorder and insomnia. *J Abnorm Psychol.* 2012;121:39-50.
47. Ramsawh HJ, Stein MB, Belik SL, Jacobi F, Sareen J. Relationship of anxiety disorders, sleep quality, and functional impairment in a community sample. *J Psychiatr Res.* 2009;43:926-33. doi: 10.1016/j.jpsychires.2009.01.009.
48. Özgen F, Aydın H. Skizofrenide uyku çalışmaları. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi.* 2001;2:131-2.
49. Miller DD. Atypical Antipsychotics: sleep, sedation, and efficacy. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry.* 2004;6:3-7.
50. Ritsner M, Kurs R, Ponizovsky A, Hadjeh J. Perceived quality of life in schizophrenia: relationships to sleep quality. *Qual Life Res.* 2004;13:783-791.

51. Brower KJ, Perron BE. Sleep disturbance as a universal risk factor for relapse in addictions to psychoactive substances. *Med Hypotheses*. 2010;74:928-33.
52. Mahfoud Y, Talih F, Strem D, Budur K. Sleep disorders in substance abusers: how common are they? *Psychiatry (Edmont)*. 2009;6:38-42.
53. Hafizi S. Sleep and borderline personality disorder: a review. *Asian J Psychiatr*. 2013;6:452-9.

Correspondence Address / Yazışma Adresi

Necla Keskin
Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı,
Adana , Turkey
e-mail: neclakeskin@yahoo.com.tr

Geliş tarihi/ Received: 20.09.2017**Kabul tarihi/ Accepted:** 25.10.2017