

# UYKU BOZUKLUKLARI

Uyku bozuklukları, primer yada sekonder olarak toplumda sık görülen bozukluklar olup, ayırıcı tanı ve tedavileri güçlük göstermektedir. Uyku bozukluklarının sekonder olduğu durumlarda, primer hastalığın tedavisi, uyku bozukluğunu ortadan kaldırmaktadır. Psikofizyolojik olarak görülen uyku bozukluklarında ise, uyku hijyeninden, psikoterapi ve farmakoterapiye kadar çeşitli yöntemler uygulanmaktadır.

## Primer Uyku Bozuklukları

### Dissomniler

#### PRİMER İNSOMNİ

Tedavide ana ilke etyolojik faktöre yönelik plan yapılmasıdır. Bu nedenle tedaviye başlamadan önce uyku sorunu konusunda sistematik ve yeterli bilgi toplanmalı, incelemeler tamamlanmalıdır.

İnsomnisi olanların bir bölümü de sadece uyku hijyeninin düzenlenmesi ile önemli ölçüde yarar sağlayabilmektedir. Nasıl bir tablo gelişmiş olursa olsun uyku hijyeni konusunda bilgi verilmeli, hasta, koşulların düzenlenmesi için uyarılmalıdır.

Psikiyatrik bozukluklara bağlı olarak gelişen insomnilerde tabloya uygun ilaçların verilmesi, bu sırada sedatif etkili olanların daha çok yatma saatinde kullanılması yararlı olacaktır. Seçilecek ilaçların etkisine göre gündüz yada gece uygulamaları konusunda bilgilendirilmelidir. Bu düzenlemelerin yeterli olmadığı durumlarda hipnotiklere başvurulabilir.

Psikofizyolojik bozukluklarda, ilaçlardan çok bireyin içinde bulunduğu gerginliğin dikkate alınarak psikoterapotik yaklaşımlar öncelikle düşünülmelidir. Bu grupta davranış tedavileri oldukça etkilidir.

Kronik insomnide ilaç kullanımının yararlı olduğunu gösteren araştırma yoktur. Ancak jet lag, durumsal kaynaklı kısa süreli insomni gibi tablolarda hipnotikler kullanılabilir. Bu durumda insomnide hipnotik kullanımında gündüz devam eden uykululuk, tolerans gelişimi ve hatta bağımlılık, rebound insomni gibi komplikasyonlar ortaya çıkabileceği unutulmamalıdır.

#### 1. Non-farmakolojik Tedavi Yöntemleri:

##### A) Uyaran kontrol tedavisi:

Amaç, uyuyamama ile yatak odası ve yatağın eşleştirilmesi sonunda ortaya çıkan olumsuzluk yaşantısını değiştirerek yeni bir davranış modeli oluşturmaktır. Tedavide aşağıdaki ilkelerden yola çıkılmaktadır:

- Uyku gelmeden yatağa girmemek
- Yatak odasını sadece uyumak ve cinsel ilişki için kullanma
- Uyuyamadığında yatak ve yatak odasından çıkarak başka bir yerde zaman geçirip uyku gelince yatağa dönmek
- Ne kadar uyursa uyusun sabah belirli bir saatte kalkmak
- Gündüzleri uyumamak

### **B)Uyku Kısaltma Tedavisi:**

Amaç, kişinin uyuduğu kadar olan bir süreyi yatakta geçirmesini sağlayarak sınırlandırılmış uyku düzeni oluşturmaktır. İlk aşamada, hastanın tutacağı bir günlüğe göre muhtemel uyku saatleri belirlenerek bunun dışında yatağa girmeye engel olmalıdır. Gecede 5 saat kadar uyuduğu halde 8-10 saat kadar yatakta kalan birisi için 5 saat yatmakla işe başlanabilir. Böylece, uyku tanımlanmasında kullanılan yatakta geçen süre ile uyku süresi arasındaki ilişki açısından %100 uyku indeksine ulaşılmaya çalışılır. Bu yolla yatakta geçen sürenin uykuda geçmesi sağlandıkça süre uzatılarak kişinin gereksinimi kadar uyumasına ulaşılır.

### **C) Fiziksel Tedavi:**

Uyumak için kişinin gündüz yorulmuş olması gerekir. Bu yorgunluk, kişinin kardio-respiratuar sistem kapasitesine uygun olmalıdır. Hekim nezaretinde veya fizyoterapist önderliğinde kas gevşeme alıştırmaları, duruş düzenlenmesi, solunum ve hareket alıştırmaları yapılabildiği gibi klasik masajlar, ayak ve tüm vücut banyoları, hava banyoları, elektro-uyku uygulanabilir. İnsomninin kaynağı olarak görülen somatik ve psikolojik gerginlikle başetmek için bilişsel ve somatik gevşeme teknikleri ile genel uyarılmışlık veya gerginlik ortadan kaldırılmaya çalışılır. Fiziksel tedavi uygulaması en az üç hafta olmalıdır.

### **D)Paradoksal Müdahale:**

Hastanın korktuğu şeye, uyumaya karşı uyanık kalmaya yönelmesi, böylece uyumaya çabalamak yerine uyanık kalarak uyku geldiğinde yatağa girmesi sağlanabilir.

### **E)Uyku Hijyenine Yönelik Düzenlemeler:**

Önemli olan, kişinin belli bir uyku alışkanlığı edinerek bunu sürdürmesidir. Sabahları uyanınca yataktan çıkmalıdır. Biraz daha dinlenmek amacıyla uyumaya devam etmek dinlendirici olmadığı gibi uyku ritmini de bozabilmektedir.

Her zaman aynı saatte kalkmalıdır. Uyku ritminin kurulması için belirli saatler arasında ve kişinin sirkadiyen ritmine göre uyuyabilmesi için kontrol edilebilecek nokta sabahları belirli bir saatte kalkmak olduğuna inanılmaktadır.

Düzenli egzersiz yapmakla genel olarak metabolizma düzenlenmekte, bir anlamda günlük aktivite düzeni içinde gerçekleştirilmiş olmaktadır. Böylece bir yandan da kilonun düzenlenmesi sağlanmış olacaktır. Ancak, akşam saatlerinde heyecan oluşturacak aktivitelerden kaçınmalıdır.

-Yatak odası ses, ışık, ısı yönünden izole edilmiş olmalıdır.

-Çok aç yada tok olmamalıdır. Her iki durumda da bir tür uyarılma oluşmaktadır.

-Kafeinli, alkollü, kolalı içeceklerden ve tütün kullanımından kaçınmalıdır.

-Uyumaya çabalamamalıdır.

Bir meta-analiz çalışma sonuçlarına göre non-farmakolojik tedavilerin, kronik insomni de uyku örüntüsünün kalıcı ve güvenilir bir biçimde düzelmesini sağladığı dikkati çekmektedir.

### **F)Psikolojik Tedaviler:**

Agresyonun içselleştirilmesi sonucu insomni ortaya çıktığı düşünüldüğünden, terapide agresyon ve girişimciliğin geliştirilmesi üzerinde durulabilir.Terapi sürecinde temel çatışmalar üzerinde durularak sağlıklı çözüm yolları bulunmasına yardım edilebilir.

### **2-İlaç Tedavileri:**

ABD’de erişkin popülasyon üzerinde yapılan çalışmalarda yaklaşık %2.5’inin son bir yıl içinde hipnotik kullandığı saptanmıştır. İnsomni olanların bir sonuç alamamalarına karşın yaygın şekilde uyumak için alkol (%43), hipnotik(%94) gibi maddelere başvurdukları dikkati çekmektedir. Bu şekilde bir yandan giderek kronikleşen tabloya diğer psikiyatrik bozukluklar da eklenerek daha karmaşık görünüm kazanmaktadır. Eski yıllarda hipnotik olarak kullanılan barbitüratlar, benzodiazepinlerin geliştirilmesi ile terk edilmiştir. Benzodiazepinler oral yolla alındıklarından hızla emilmektedir. Ancak olağan dozlarda bile bir süre kullanıldıktan sonra bırakıldığında sıklıkla kesilme belirtileri ve rebound insomni göstermektedirler. Uzun süreli hipnotik kullanımda ilacı kesmek, baştaki uyku düzensizliği sebebi kadar problemlili olabilir.

Kesilme belirtileri, tedavi öncesi belirtilerin yeniden ve artarak ortaya çıkışı, yeni semptomlar gelişmesi anlaşılmaktadır.

Hipnotik kesilmesine bağlı rebound insomni ise uyku latensinin uzun, uykunun kesintili oluşu ve muhtemelen REM rebounduna bağlı olarak artmış rüya dikkati çekmektedir.

Rebound insomni kısa etkili benzodiazepin kullanımından sonra daha sık görülmektedir. Uzun etkili benzodiazepinler rebound insomniye daha seyrek olarak yol açarlarsa da ertesi gün de süren sedasyon, dikkat dağınıklığı gibi belirtilere yol açmaktadırlar.

L-triptofanın ana endikasyonu primer insomnidir. İlaç alındıktan sonraki gün diğer droglara benzer kognitif yetersizlikler yaratan etkiler görülebilir. Hipnotik etkinin uzun süreli sonuçları kesin değildir. Erken uyku başlangıcı dışında EEG üzerindeki etkileri düşük dozda L-triptofan ile bağlantılı görülmemiştir. Yüksek dozlarda L-triptofan kullanımında uykuda EEG'de slow-wave dalgaları görülür.

#### **Rebound insomninin ortaya çıkış mekanizmaları:**

Benzodiazepinler verilince endojen benzodiazepin yapımı durmaktadır. Endojen benzodiazepinlerin inhibitör etkisi bu nedenle ortadan kalkarak rebound insomniye yol açmaktadırlar.

Dışarıdan verilen benzodiazepinler, benzodiazepin reseptörlerinin duyarlılığını azaltırlar. İlaç kesilince duyarlılığı azalmış reseptörler endojen benzodiazepinlere cevap vermezler.

Benzodiazepinlerle SSS'de oluşturulan inhibisyon, ilacın kesilmesiyle ortadan kalkar ve eksitasyon başlar.

#### **İlaç tedavilerinde farmakolojik faktörler:**

**Doz:** Ne kadar yüksek doz kullanılırsa o kadar uzun süren ve yoğun yan etki ortaya çıkmaktadır.

**Yarılanma ömrü:** Yarılanma ömrü uzun olanların yan etkisi fazla olmakla birlikte, kısa ömürlüler de sık aralıklarla verildiğinde yoğun yan etki göstermektedirler.

**Tolerans:** Farmakolojik olarak reseptör düzeyindeki etkileşim zaman içinde daha yüksek dozda ilaca ihtiyaç göstermektedir. Benzodiazepinlere iki hafta içinde tolerans gelişmektedir.

#### **Benzodiazepin kullanımında dikkat edilecek noktalar:**

-Rebound insomni kadar anterograd amnezi riski nedeniyle hipnotikler semptomatik amaçlı ve olabildiğince kısa süre (en fazla 2-3 hafta) kullanılmalıdır.

-Yaşlılarda düşük doz kullanılması uygundur.

-SSS depresanları ile birlikte kullanılırken dikkat edilmelidir.

-Benzodiazepinler REM ve delta uykusunu azaltır, REM rebounduna yol açar. Delta uykusunu azaltmasına karşın tek doz uygulamada büyüme hormonu salgılanması sürmektedir. Bu bulgu, benzodiazepinlerin etkisinin elektro-fizyolojik alanda olduğunu düşündürmektedir. Bu etki, muhtemelen uyarılma eşliğini yükseltilmesi sonucu ortaya çıkmaktadır. Uyanıklıkta ve REM'de EEG desenkronize olmaktadır. Desenkronizasyon ise beynin bir uyarıya verdiği yanıt olduğuna göre benzodiazepinlerin uyarıya verilecek cevabı azaltarak uyanıklığı ve benzeri olan REM uykusunu azalttığı sonucuna varılabilir.

Grad RM tarafından (1995) yapılan araştırmada, yaşlılarda insomni tedavisinde benzodiazepinlerin yararlı etkilerini kritik etmek için tüm klinik denemeler ve uyku lab. çalışmaları gözden geçirilmiştir. Benzodiazepin kullananların yarar ve zarar oranları değerlendirilmiştir. Olumlu etkileri değerlendirmede on tane araştırma, kriterleri tam karşılamıştır. Yaşlılarda uyku bozuklukları tedavisinde benzodiazepinlerin uzun süreli etkisi üzerine çalışma yoktur. Uyku lab. ortamında 0.125 mg. triazolam, 15 mg. flurazepam ve 1 mg. estazolam uykuya dalmak için geçen zamanı 27-30 dakika azaltmış ve toplam uyku zamanını ise plaseboya göre tedavinin ilk 2-3 gecesinde 47 ile 81 dakika arttırmıştır. Kısa süreli faydaların tersine, uzun yarı ömürlü benzodiazepinlerin kullanımıyla (örneğin, flurazepam, diazepam ve klordiazepoksid) yaşlılarda kalça kırığı riskinde artış görülmüştür. Triazolam rebound insomni ve anterograd amnezi yapabilir. İnsomnili yaşlı hastalar için uzun etkili benzodiazepinler tercih edilmemelidir. Yaşlılardaki insomni tedavisinde kısa (temazepam) ve orta (oxazepam) etkili benzodiazepinlere ek olarak, ilaçsız müdahaleler üzerinde de daha fazla araştırma yapmak gerektiği sonucuna varılmıştır.(1)

Staedt J. ve arkadaşları (1995) tarafından yapılan araştırmada, kronik insomnili ve hipnotiklere karşı dirençli 45 yaşında bir bayan hastada (aynı zamanda imidazopiridine toleransı olan) hipnotikler yararlı olmadığından aşamalı olarak anti-depresanlara geçilmiş. Sonuçta kronik insomnide sedatif anti-depresanların yararlı olduğu kanısına varılmıştır.(2)

Guilleminault C. ve arkadaşları (1995) tarafından yapılan araştırmada, en az altı aydan beri gece başına 6 saatten kısa süre uyuyan 30 hasta çalışmaya katılmış. Tüm hastaların gündüz performans düşüklüğü şikayeti varmış ve üç aydan beri hastaların hiçbiri hipnotik kullanmamış. Hastalar üç gruba dağıtılmışlar: I. grupta düzenli uyku hijyeni, II. grupta düzenli uyku hijyeni ve öğleden sonra orta derecede egzersiz, III. grupta düzenli uyku hijyeni ve hafif erken sabah terapisi uygulanmış. Hastalar anket ve uyku formlarını doldurmuşlar. Ek olarak klinik değerlendirme, düzenli intervüer, uyku zamanı moniterizasyonu ve aktigrafiden

geçirilmişler. Uyku formları ve aktigrafiden çıkan veriler tedavinin başı ve sonunda analize edilmişler. Anlamli olarak düzelme, düzenli uyku hijyeni ve hafif sabah terapisi uygulanan III. grupta gözlenmiş. Kronik psikofizyolojik insomni hastaların ilaçsız tedavi yaklaşımından faydalandıkları ve özellikle hafif terapinin umut verici olduğu sonucuna varılmıştır.(3)

## **PRİMER HİPERSOMNİ**

**İdiopatik Hipersomni:** Bu hastalarda etkinliği gösterilmiş bir tedavi modeli olmamakla birlikte SSS stimölanları, norepinefrin üzerinden etki gösteren anti-depresifler kullanılmaktadır. Son yıllarda bir santral alfa-1 agonisti olan modafinil denenmiş, başarılı sonuçlar alınmıştır.

**Kleine-Levin Sendromu:** Standart bir tedavi olmamakla birlikte bazı olgularda lityum karbonatın etkili olduğu bildirilmiştir. Son yıllarda SSS stimölanları denenmişse de etkili olmadığı dikkati çekmektedir.

Terman M. ve arkadaşları (1995) tarafından yapılan araştırmada, hipersomnide ışık ve karanlık sürelerinin yapay olarak değiştirilmesi ile hastalarda anlamli düzelmeler elde edilmiştir.(4)

## **NARKOLEPSİ - KATAPLEKSİ SENDROMU**

### **Uyku ataklarının tedavisi:**

Düzenli olarak gündüz kısa süreli uyku birçok hastayı iyileştirebilir. Uyku ataklarının izlenmesinde ilk kullanılan maddeler efedrin ve kafein olmuş, ancak bu maddeler tedavide yetersiz kalmışlardır. Daha sonra amfetamin türevleri kullanılmaya başlanmıştır. Bu ilaçların etki mekanizması özellikle dopamin olmak üzere katekolaminlerin sinaptik aralıkta kullanımını arttırmaya yöneliktir. Birçok ölkede kullanımının sınırlanmış olması, bazı hastaların tedaviye yetersiz cevap vermesi ve ilacın kesilmesi ile rebound fenomeninin ortaya çıkması amfetamin türevlerinin kullanımını sınırlamaktadır. Amfetamin ve metilfenidatın normal dozlarda kullanımını narkolepsi krizlerinin azalmasına biraz etkili olmalarına rağmen, katalepsiye çok az etkili olmaktadır. Çok yüksek dozlarda ise yan etki ve bağımlılığa yol açarlar. Amfetamin türevleri seçilmek istendiğinde yarı ömrünün kısa olması, toleransın diğer benzerlerine göre daha seyrek gelişmesi nedeniyle metilfenidat seçilmelidir.

Farmakolojik özellikleri açısından amfetamin türevlerine benzeyen, ancak kimyasal yapıları farklı olan pemolin ve mazindol son yıllarda uyku ataklarının ve katapleksinin tedavisinde başarı ile kullanılmaktadır. Ancak en iyi verilerle bu ilaçların etkinliği %70'in üzerine çıkmamaktadır.

Alfa-1 adrenerjik agonist olan modafinil'in uyku ataklarında plaseboya ve diğer stimülanlara göre etkinliği son 2-3 yıl içerisinde kanıtlanmış ve uygulamaya konulmuştur. Etki süresinin uzunluğu ve diğer farmakolojik özellikleri, tolerans ve bağımlılığın gelişmemesi diğer stimülanlara göre bu ilacın kullanım alanını genişletmektedir.

Narkolepsi-katapleksi sendromunda uyku ataklarının önlenmesini yukarıdakilerin dışında da bir çok ilaç kullanılmış, ancak yeterli etki sağlanmamıştır. Bu ilaçlar aşağıdaki tabloda özetlenmiştir:

#### Uyku ataklarının önlenmesinde kullanılan ilaçlar

İLAC	DOZ (mg./gün)
<b>Amfetamin türevleri</b>	
Dekstramfetamin	5-30
Metamfetamin	5-30
Metilfenidat	10-30
<b>Non-analeptikler</b>	
Mazindol	2-6
Pemolin	40-120
<b>Alfa-1 agonistler</b>	
Modafinil	100-400
<b>Anti-depresanlar</b>	
Amineptin	100-200
Fluoksetin	20
Fluoksamin	50-100
Selejilin	5-20

Ancak gündüz uyku ataklarının önlenmesinde tedaviye uyku hijyeniyle başlanması tüm araştırmacılar tarafından kabul edilen ve etkinliği kanıtlanmış bir yöntemdir. Hastalara uyku ataklarının en yoğun olduğu saatlerde kısa süreli uykular önerilmesi uyandıktan sonra

uyku ataklarının görülme sıklığını azaltmaktadır. Gündüz uykularının süresi hastadan hastaya değişmekle birlikte, derin yavaş uykuya girmeyi önleyecek şekilde 30 dakikadan kısa süreli uykuların gün içinde 1-2 kez tekrarlanması ile oldukça başarılı sonuçlar alınmaktadır.

**Katapleksi ve diğer semptomların tedavisi:** Katapleksinin ve diğer semptomların kontrolünde noradrenalin ve serotonin geri alınımını bloke eden klomipramin ve viloksazin ile serotonin geri alınımını bloke eden fluoksetin ve fluoksamin oldukça etkilidirler. Anti-kolinergik yan etkilerin görülmediği sürece klomipramin ilk seçenek olmalıdır. Anti-depresan tedavilerde kullanılan dozların çok altında, 30 mg./gün klomipramin ile tedavi sürdürülebilir. Mümkün olan en düşük doz ile başlanması, tolerans gelişimini önleyeceği gibi ileride doz artırımını kolaylığını da sağlayacaktır. Modafinilin de katapleksinin tedavisinde kısmi bir etkisinin olduğu bilinmektedir. Bu nedenle uyku atakları için modafinil başlandığında ikinci bir anti-kataplektik tedavi için acele edilmemelidir. Klomipramin modafinil ile birlikte kullanıldığında katapleksi ataklarına da tek başına kullanımına göre daha düşük dozlarda etkili olmaktadır.

Narkolepsi-katapleksi sendromunda gece uykularının kalitesinin bozulmuş olması, gündüz uyku ataklarına etkileri de göz önüne alındığında mutlaka tedaviyi gerektirmektedir. Bu amaçla klasik hipnotikler yarı ömürlerinin uzun olması nedeniyle tercih edilmemelidir. Triazolamın yarı ömrünün kısalığı nedeniyle hem gece uykularının kalitesini düzelttiği, hem de gündüz uyku ataklarını arttırmadığı bildirilmiştir. Son zamanlarda yaygın olarak insomni tedavisinde kullanılmaya başlanan benzodiazepin dışı hipnotikler de (zopiklon ve zolpidem) insomni tedavisinde kullanılabilirler.

## **SOLUNUMLA İLİŞKİLİ UYKU BOZUKLUKLARI**

**Horlama:**Horlamanın kesin tedavisi yoktur. Basit önlemler (kilolu kişilerin kilo vermeleri, sırt üstü yatmaktan kaçınmaları, sinüzit, nasal poliplerin, allerjik rinitlerin tedavileri gibi) problemin azalmasına yardım edebilir. Sedatiflerin horlama tedavisinde yeri yoktur. Sedatifler durumu daha da kötüleştirirler.

**Uyku apnesi:** Uyku apnesinin tedavisi için öncelikle apne tipinin ve şiddetinin saptanması gerekmektedir. Çocuklarda sıklıkla neden hipertrofik adenotonsil olduğu için tedavide sadece adenotonsillektomi yapmak yeterli olacaktır. Ancak erişkinlerde tanı ve tedavi her zaman bu kadar basit olamamakta ve öncelikle etyolojik faktörlerin araştırılması gerekmektedir. Patoloji saptandıktan sonra, obstrüksiyonun yerine ve apnenin şiddetine göre tıbbi veya cerrahi tedavi uygulanmaktadır. Apne sayısı saatte yirminin altında ve oksijen satürasyonu %90'ının üzerinde olan vakalara horlamada yapılan benzer şekilde konservatif



yaklaşım yapılabilir. Hastaların yaklaşık %20'si bu tedaviyi bir şekilde tolere edemezler. Hastalar özellikle geceleri yatmadan önce uyku ilaçları, transkilizan, alkol, bazı anti-histaminikler ve anti-konvülzan ilaçları almaktan kaçınmalıdır. Analjezik ve anesteziik madde verirken çok dikkatli olunmalıdır. Rezerpin gibi anti-hipertansif ilaçlar nasal konjesyonu arttırarak hastanın şikayetlerinin artmasına neden olacağından kullanılmamalıdır. Aynı şekilde propanolol verilmesi de sakıncalıdır. Hastalar kesinlikle sigara içmemeli, nasal iritan maddelerden ve hava kirliliğinden kaçınmalıdır. aşırı kilolu hastaların sıkı bir diyet ile mutlaka kilo vermeleri gerekmektedir. Hipotiroidizm, akromegali gibi metabolik bir rahatsızlık varsa öncelikle bu metabolik bozukluklar tedavi edilmelidir. Tedavide bazı ilaçlar REM uyku dönemini suprese etmesi nedeniyle kullanım alanı bulmuştur. Bunların içinde en sık kullanılanı protriptilin olmuştur. Ancak etkisinin sınırlı olması ve anti-kolinerjik yan etkisinin belirli olması kullanımını sınırlamıştır. Daha ciddi uyku apne şekillerinde, özellikle solunum yetmezliği ve kor pulmonale durumlarında ve arteriyal oksijen satürasyonunda ciddi bozukluk olanlara spesifik tedavi gerekir. Tercih edilen tedavi nasal yolla sürekli veya iki seviyeli pozitif hava yolu basıncıdır. Amaç hava yolunun kuvvetli şekilde sürekliliğini sağlamaktır. Bu tedaviye cevap vermeyenlere veya bu tedaviyi tolere edemeyenlere burun ve faringeal kas sistemini kapsayan özel ameliyatlar önerilir (uvulopalatofaringoplasti, maksillofasiyal cerrahi girişim, trakeostomi). Tıkayıcı uyku apnesinin erken tanısı önemlidir. Çünkü tablo yüksek oranda morbiditeye neden olur.

## **SİRKADİYEN RİTM UYKU BOZUKLUĞU**

Gecikmeli uyku evresi tipinin tedavisinde, psikopatolojinin düzeltilmesinin yanı sıra uyku saatinin ileri kaydırılarak bireye uygun saatlere geçilmesi denenebilir.

Jet Lag tipinin tedavisinde ise kısa süreli benzodiazepin kullanılabileceği gibi bulunulan bölgede olabildiğince güneş ışığı almak önerilebilir.

## **BAŞKA TÜRLÜ ADLANDIRILAMAYAN DİSSOMNİLER**

### **İdiopatik Restless Leg - Huzursuz Bacak Sendromu (RLS):**

RLS tablosunda tedavi, dopamin agonistleri ile yapılabilmektedir. Ancak tedaviye yönelirken demir metabolizması, tiroid fonksiyonları (RLS olgularının % 12.5'inde hipotiroidi saptanmıştır) başta olmak üzere incelemeler yapılması yararlı olacaktır. Bu yolla ilaç etkinliği potansiyelize edilebilir. Benzodiazepinleri uykuya girişi kolaylaştırsalar da, uykunun devamlılığı üzerinde etkili olmaması ve tolerans gelişmesi gibi riskleri nedeniyle öncelikle kullanılmamaktadır. En iyi tedavi, etkileyici ilaçların kesilmesi, elektrolit

dengelesinin düzeltilmesi ve kafeinin uzaklaştırılmasıdır. L-dopa, bromokriptin, piribedil gibi dopamin agonistleri, klonazepam, karbamazepin, propranolol, kodein, oksikodon, hidrokodon gibi çeşitli ilaçlar denenmiştir. Ancak bu ilaçların hiçbiri belirgin şekilde etkili değildir. Bazı vakalarda günde 800-1200 İ.Ü. E vitamini yararlı olduğu görülmüştür. En yararlı olanları klonazepam ve dopamin agonistleridir.

### **İdiopatik Kol Ve Bacak Hareketleri (Nokturnal Myoklonus):**

Benzodiazepinlerin bu grupta, hareketleri değil, hareket sırasında ortaya çıkan kortikal uyarılmayı inhibe ederek etkili olduğu ileri sürülmektedir. Hastalığın tedavisi için çeşitli ilaçlar denenmiştir. Trazodon 50-150 mg. arasında bazı hastalarda yararlı olur. Yatmadan önce alınacak 100-200 mg. L-dopa gerçekten yararlıdır. Benzodiazepinlerden klonazepamdan hastalar çok fayda görebilir. Aynı şekilde kodein oksikodon ve propoksifen gibi sentetik narkotikler faydalıdır. Trisiklikler rahatsız bacak sendromunu daha da kötüleştirebilir. Aynı şekilde kafein de problemi ağırlaştırır.

### **Parasomniler**

#### **KABUS BOZUKLUĞU**

#### **(Önceki adı rüya anksiyetesi bozukluğu)**

Kabus bozukluğu olan çocukların ailelerine, bunun çocukta normal olabileceği, genellikle ergenlik döneminde geçeceği söylenmelidir. Yoksa aile çocuklarını psikopatolojisi varmış gibi değerlendirebilir. Ayrıca, korku dolu filmlerin ve korkutucu masalların engellenmesi yardımcı olabilir.

Kronik kabus bozukluğu olan erişkinlerde içgörü kazandırıcı psikoterapi gerekli olabilir; çünkü, bu kişilerin belirgin intra-psişik çatışmaları vardır. Terapinin başlangıcında güven verilmesi çok önemlidir. Terapinin devamında doktor, kişinin emosyonlarını ve özellikle de agresyonu anlamasını sağlar. Böylece hasta olumsuz emosyonlarını ifade etmeyi öğrenir.

Eğer kabuslarla birlikte psikotik semptomlar da varsa nöroleptik tedavi gereklidir. Depresyon özellikle erkekte kabuslar ile birlikte görülürse, ciddi intihar riski taşımaları dolayısıyla özel önem taşır. Kabuslar ilaç kullanımına yada bırakılmasına bağlı olarak ortaya çıkmışsa tedavi bu duruma göre düzenlenmelidir. Depresyonlu hastalar sıklıkla korkunç ve anksiyete hissettikleri rüyalardan şikayet ederler. Günümüzde kullanılan bir çok anti-depresan REM uykusunu suprese edip, bu şikayetlerin sıklığını azaltır. Bu ilaçların ani kesilmesinde REM reboundu ortaya çıkar. Bu da semptomların artışına yol açar, dolayısıyla yanlış olarak hastalığın tekrarladığı değerlendirilmesine neden olur.

Kabus gören yirmidokuz hastada yapılan desensitizasyon tedavisi sıklık ve yoğunluğu azaltmıştır. Relaksasyon ve sistematik desensitizasyon tedavisi uygulanan bir çalışmada sıklığın azaldığı, şiddetin ise tedaviden etkilenmediği bildirilmiştir. Yirmibeşinci haftanın sonunda 32 hastanın 12'sinde tamamen iyileşme sağlanmıştır. Exposure terapinin yararlı olduğu ifade edilmiştir.

Özellikle uyku fazları ve REM üzerine etkili ilaçlar; diazepam ve REM'i baskılayan anti-depressif ilaçlar tedavide sıklıkla kullanılmaktadır. Kabuslar çok sık olmadığı ve günlük yaşamı ileri derecede etkilemediği sürece benzodiazepin tedavisinden bağımlılık ve rebound riskleri nedeniyle kaçınılmalıdır.

### **UYKUDA KORKU (UYKU TERÖRÜ) BOZUKLUĞU**

Yatak odasının güvenliğinin sağlanması, herhangi bir yaralanmaya sebep olabilecek mobilyalar ve diğer eşyaların ortamdaki uzaklaştırılması, pencere ve kapılara özel kilit monte edilmesi gibi tedbirler tedavide ilk basamaktır. Epizodlar adolesan döneme kadar kalırsa psikolojik etyoloji akla getirilmeli ve gerekli ise psikiyatrik tedavi uygulanmalıdır. Adolesan dönemin sonlarındaki ve yetişkin hastalarda hipnotik ilaçlar kullanılabilir. Hipnotik benzodiazepinlerin uykuda korku epizodlarındaki etkisinin, epizodlarla ilişkili olarak ortaya çıkan parsiyel uyanmaları ortadan kaldırması yoluyla gösterdikleri sanılmaktadır. Uykudan önce düşük dozlarda diazepam yardımcı olabilir, bazen tamamı ile önler. Diazepam ile dönem 3 ve 4 uykusu kısmen baskılanır, bazı hastalarda ilacın kesilmesinden sonra çok ağır uyku terör epizodları ortaya çıkmıştır. Benzodiazepinlere ek olarak trisiklik anti-depresanların, özellikle imipraminin uykuda korku epizodlarının tedavisinde yararlı oldukları bildirilmiştir.

### **UYURGEZERLİK BOZUKLUĞU**

Başlangıç yaşı, predispozan faktörler, epizodun uyku sırasındaki başlangıç zamanı, süresi, ailede uyurgezerlik anamnezinin varlığı, başka bir parasomninin varlığı tedavi stratejisinin çizilmesinde önemli bilgilerdir. Çocuklarda uyurgezerlik sırasında yaralanma pek gözlenmez. Hastanın bulunduğu odada yaralanmaya yol açabilecek eşyaların kaldırılması, pencere ve kapılarda özel kilitler, zeminde yumuşak malzeme kullanılması gibi tedbirler alınmalıdır. Gündüz çocuğun yanında bu konu hakkında konuşmaktan kaçınılmalıdır. Böyle bir davranış çocukta utanç ve anksiyeteye yol açabilir. Ailelere bu durumun büyük olasılıkla ergenlik döneminde geçeceği bildirilmelidir. Geç adolesan ve yetişkinlerde ortaya çıkan uyurgezerlik epizodlarında, psikiyatrik değerlendirme yapılmalı, gerekli ise psikiyatrik tablo

düzenlenmelidir. Hipnoz ve relaksasyon tedavide kullanılan yöntemlerdir. Hipnozun %50 hastada başarılı olduğu bildirilmiştir.

Üçüncü ve dördüncü dönemleri suprese eden benzodiazepinler tedavide etkili bulunmuştur. Çocuklarda diazepamın 5-20 mg/gün dozlarında hastalığın şiddet ve sıklığını azalttığı bildirilmiştir. Benzodiazepinlerin etkisi 3. ve 4. dönem uykularını normalize etmeleri ve uyanıklığı bozucu etkilerinden kaynaklanmaktadır. Uyurgezerlik epizodları hayatı tehdit edici değilse mümkün olduğunca ilaç tedavisinden kaçınılmalıdır. Eğer hastalarda anksiyete yoğun ise bu duruma yönelik olarak ilaç tedavisi uygulanabilir. Benzodiazepinlerin kesilmesi halinde hastalığın yüksek oranda tekrarlama riski vardır. Trisiklik antidepressiflerden imipramin bazı çalışmalarda etkili olduğu bulunmuştur. Çocuklarda imipraminin dozu yatarken 10-50 mg'dır. Benzodiazepinler ve diğer sedatif hipnotikler özellikle yaşlılarda oluşan noktürnal konfüzyondan sorumlu tutulmuşlardır. Bu nedenle bu ilaçların kullanımı kısıtlı olmalıdır. Epizodun genellikle meydana geldiği saatten önce, 5-30 dakikalık uyandırmaların uyurgezerlik tedavisinde yararlı olduğu bildirilmektedir.

Balon R. (1994) tarafından yapılan araştırmada, uyku korku (uyku terörü) bozukluğu olan 7 yaşındaki bir kız çocuğunda imipramin, hidrosizin ve thioridazin başarılı olmasına karşın, trazodonun semptomları anlamlı biçimde geriletmediği görülmüştür.(5)

Crips AH. (1996) tarafından yapılan araştırmada, uyurgezerliği ve gece terörü olan hastalarda tedavide uygun bir ortam sağlanması, danışmanlık, benzodiazepinler ve SSRI kullanımını etkin bulunmuştur.(6)

Masand P. ve arkadaşları (1995) tarafından yapılan araştırmada, uyurgezerlik bozukluğu olan çocuklarda tedavide düzenli uyku-uyanma saatleri, yeterli uyku sağlanması ve ana-babaların bu konuda bilgilendirilmesinin gerekli olduğu kanısına varılmıştır. Yetişkin bazı hastalarda ilaç ve psikoterapi kullanılabileceği bildirilmiştir.(7)

Smeyatsky N. ve arkadaşları (1992) tarafından yapılan araştırmalarda şu sonuçlar elde edilmiştir: Narkolepsi fiziksel hastalık olmadığına hastaya anlatılmasıyla ve aralıklı şekilde efedrin ve amfetamin gibi stimülanlarla tedavi edilir. Özel bir anti-depresan olan klomipramin de kullanılabilir. MAOI'leri teorik olarak faydalıdır. Obstruktif uyku apnesinin tedavisi zayıflama (pickwickian sendromu), hormonlar ve son zamanlarda da devamlı pozitif basınç aleti ile yapılmaktadır. Gece terörü ve uyurgezerlik bozukluğu tedavisi anne ve babaya güven vererek, bazen de benzodiazepinlerle yapılır. Deliryum tremensteki uyku bozukluğu benzodiazepinler ve diğer ilaçlarla tedavi edilir. İnsomni tedavisinde bir çok ilaç kullanılmasına rağmen hastaların büyük bir bölümü için en uygun grup benzodiazepinler olarak görülmektedir.(8)

Krakow B. ve arkadaşları (1995) tarafından yapılan araştırmada, kabus bozukluğu olan 58 hastaya kognitif davranışıcı tedavi uygulanmış. Sonuç olarak bazı hastalarda (kronik sıkıntı çeken kabus bozukluğu olan) kognitif davranışıcı tedavi etkin ve ucuz bulunmuştur.(9)

Kellner R. ve arkadaşları (1992) tarafından yapılan araştırmada, kronik kabus bozukluğu olan hastalarda iki metod denenmiş: I. grupta tek desensitizasyon seansı, II. grupta kabusu değiştiren şartlandırma seansı uygulanmış. Sonuç olarak hastaların sıkıntısı ve kabus görme sıklığı azalmış, iki metod arasında fark görülmemiştir.(10)

Lillywhite AR. ve arkadaşları (1994) tarafından yapılan araştırmada, 30 yıldan beri somnambulizm ve gece terörü öyküsü olan bir hastada paroksetin kullanılmış, evde çekilen uyku EEG'lerinde başarılı sonuçlar elde edilmiş, tedavi sonuçlarının anlamlı olduğu rapor edilmiştir.(11)

Schenck CH. ve arkadaşları (1996) tarafından yapılan bir araştırmada, yaralanma ile sonuçlanan parasomnili ve diğer kesintili gece uyku bozukluğu olan 170 kişiye 12 yıl içinde uzun süreli gecelik benzodiazepin tedavisi 6 ay boyunca uygulanmış. 69 hastada uyurgezerlik ve gece terörü bozukluğu, 52 hastada uykuda hızlı göz kırpmada davranış bozukluğu, 25 hastada ilerlemiş kronik insomni, 24 hastada huzursuz bacak sendromu varmış. Sonuç olarak 146 hastada (%86) tam kontrol, %8 hastada medikasyon değişikliği gerektiren yan etki, %2 hastada hastaneye yatmayı gerektiren alkol veya ilaç kötüye kullanımı, diğer %2 hasta ise ilaçları yanlış zamanlarda kullanma saptanmış. 136 hasta ortalama 3.5 sene gecelik klonazepam almış. Ortalama doz (0.77 mg.- 1.10 mg.) sonuç olarak fazla değişmemiş. Benzer sonuçlar kronik alprazolam tedavisi ve diğer benzodiazepin tedavilerinde de elde edilmiş. Neticede uzun süreli gecelik benzodiazepin tedavisi yaralanma ile sonuçlanan parasomnili ve diğer kesintili gece uyku bozukluğu olan hastalarda uzun süreli iyilik hali sağladığına, ancak bu bilginin kronik ilerlemiş insomni (tüm insomnilerin küçük bir grubu) için olduğu, tüm insomnilere genellenemeyeceği kanısına varılmış.(12)

## **BAşKA TÜRLÜ ADLANDIRILAMAYAN PARASOMNİ**

### **Rem Uykusu Davranış Bozuklukları:**

Tedavide en etkili ilaç klonazepamdır. Yatmadan yarım saat önce verilen 0.25 - 2 mg.(ortalama 0.5 mg.) klonazepam semptomları yatıştırmaktadır. Uzun yıllar kullanılmasına rağmen tolerans gelişimi oldukça azdır. Anti-depressiflerden desimipraminin etkili olduğunu bildiren çalışmalar vardır.

### **İlaç Ve Madde Kullanımının Yol Açtığı Uyku Bozuklukları**

İlaç ve madde kullanımı her tür uyku bozukluğuna (insomni, hipersomni, parasomni) veya birlikte görülen biçimlerine yol açabilir. Tedavi ilacın veya maddenin tipine göre doz

azaltılması veya uygun bir şekilde kesilmesidir. İlacın veya maddenin kesilmesi sırasında ortaya çıkabilecek sorunlar için dikkatli olunmalı ve tedbirler alınmalıdır.

### **Fiziksel Hastalıklar Ve Uyku Bozuklukları**

#### **Genel Tıbbi Durumlar:**

Tedavide hedef, uykusuzluğa neden olan fiziksel semptomları kontrol altına almaktır. Uykusuzluğa neden olan ilaçları kesmek gerekir. Daha sonra gerekirse hipnotikler denenebilir.

#### **Uyku Bozukluğunu Sosyal Nedenleri**

**Kötü uyku hijyeni:** Tedavi, davranışsal yaklaşımla (gevşeme teknikleri), kahve, çay ve kolalı içecekler gibi uyarıcılardan ve uyarılardan kaçınmakla, muntazam yapılan egzersizlerle, gündüzleri kestirmemekle normal uyku ritmini tekrar oluşturmaya dayanır.

**Duruma bağlı uyku bozukluğu:** Tedavi başlangıçta uyku ile ilgili bazı önerilerde bulunma ve davranışsal tedavi şeklindedir. Düzelmeyen inatçı vakalarda kısa süreli hipnotik kullanmak uygun olabilir.

**Psikofizyolojik uykusuzluğu:** Psikofizyolojik uykusuzluğu tedavi etmek için kötü uyku alışkanlığını düzeltmek, endişeyi, gerilimi ve uyumak için aşırı çabayı azaltmak gerekir. Altta yatan herhangi bir organik uyku sorunu varsa düzeltilmelidir. Gevşeme tekniği gibi davranışsal teknikler aşırı gece gerilimini ve ruminasyonu azaltmada yararlıdır. Hastalar iyi uyku hijyeni açısından eğitilir ve uyku konusunda bilgilendirilir. Gündüzleri fiziksel aktiviteyi arttırmak, alkol, kafein, nikotin alınımını azaltmak, akşam yemeklerinde baharatlı ve yüksek proteinli gıdalardan kaçınmak gerekir. Yatmadan önce kas gevşetici hareketlerin ve hoş, güzel şeyler düşünmenin yararı çoktur. En önemlisi hastaya saate sürekli bakmaması önerilir. Hasta bu sorundan rahatsız oluyorsa hipnotikler gerekebilir. 1-2 aylık tedaviden sonra hastadan ilacı yavaş yavaş bırakması istenir.

#### **Uyku Bozukluğunun Psikiyatrik Nedenleri**

**Deliryum:** Tedavi, tabloya neden olan fiziksel bozukluğa yöneltilmelidir. Kısa etkili benzodiazepinler veya hidrokisizin 25-100 mg. dozları arasında kullanılabilir. Uzun etkili benzodiazepinler ve barbitüratlar, temel bozukluğun tedavisinin bir parçası olarak kullanılmadıkça (örneğin; alkol bırakma) bu ilaçlardan uzak durulmalıdır.

**Demans:** Geceleri olan konfüzyon durumları ve halüsinasyonlar için antipsikotikler verilebilir. Deliryumlu hastalarda olduğu gibi ışığı hafifçe azaltılmış, sakin odada hastayı tutma, yer yatağında yatmasını sağlama yardımcı olur. Bazı hastalarda sedatiflerin kullanılması gerekir. Tiyoridazin ve haloperidol en sık kullanılan nöroleptiklerdir. Bu ilaçlar ekstrapiramidal

belirtilerin oluşmasına neden olabilirler. Bu bakımdan başlangıçta farmakolojik olmayan yaklaşım denenmelidir.

**Depresyon:** Tedavi, özellikle sedatif özelliği olan anti-depresanlarla (trazadon gibi) yapılır.

**Anksiyete:** Fiziksel hastalık, iatrojenik durum veya depresif bir tablo tanısı koyulursa uygun tedavi yapılmalıdır. Gerekirse, yarılanma süresi hipnotikler ve anksiyolitikler verilebilir. Psikolojik tedaviler, tedavinin önemli bir bölümünü oluştururlar. Yarılanma süresi uzun olan anksiyolitiklerden kaçınılmalıdır.

### **Nokturnal Bruksizm**

Bruksizm için en sık başvuru tedavi yöntemi okluzal aparey ve terapi yöntemleridir. Okluzal apareylerin uykudaki kas gerginliğini azalttığı birçok kez gösterilmiştir. Ancak bu tür apareylerin bruksizm üzerine etkisi olmadığını bildiren çalışmalar da vardır. Okluzal apareyler bruksizmin zararlı sonuçlarını önlemekle birlikte tam bir tedavi sağlamamaktadır. Okluzal aparey tedavisi sonlandırıldığında çoğunlukla bruksizm yeniden ortaya çıkmaktadır. Okluzal yöntemler arasında okluzal splint ve ısırma plakları, okluzal düzenleme ve yeniden yapılandırma sayılabilir.

Psikiyatrik tedavide psikoterapi, gevşeme tedavisi, biyolojik geribildirim uygulanmaktadır. Psikoterapide öncelikle hastaya bruksizm ile emosyonel gerginlik arasındaki ilişki tanıtılabilir. Tedaviye başlamadan önce hastanın bu ilişkinin farkına varması sağlanmalıdır. Kısır döngünün kırılmasında hastaya destekleyici yaklaşım ve psikoterapötik yardımın emosyonel gerginliği azaltarak yakınmaları azaltabileceği konusunda güven vermek yararlı görülmektedir, hastanın endişe, engellenme, hostilite, kızgınlık ve korku gibi duyguları azaltılmaya çalışılmalıdır.

Gevşeme tedavisinde hastaya kendisini gerginlikten kurtaran hoşlandığı etkinliklerde (spor, çeşitli hobiler veya yaratıcı etkinlikler gibi) bulunması önerilir. Bu bir çeşit davranış değiştirmez. Bir başka yöntem aktif gevşeme egzersizleridir. Sessiz bir odada ve tercihan hasta uzanmışken yapılır. Gevşeme çevresel bölgelerden (eller ve ayaklar) başlanarak, giderek merkeze doğru (göğüs ve karın) uygulanır. Çeşitli çalışmalarda bu tekniğin yararlı olduğu gösterilmiştir. Aşamalı gevşeme yönteminin bir başka şekli kasları önce kasıp sonra gevşetme yerine, kasların pasif olarak gerilmesi ve daha sonra gevşetilmesidir. Bu alıştırmaların uzun süreli yapılması ile daha iyi sonuçlar alındığı bildirilmiştir. Otohipnoz ve meditasyon diğer uygulanabilecek yöntemlerdendir.

Biyolojik geribildirim yöntemi hastanın bilinç dışı olarak kontrol ettiği bazı bedensel işlevlerini düzenlemesine yardım eder. Kas gevşetme yanı sıra kan basıncı, kan akımı, beyin

dalgalarının aktivitesi gibi çeşitli işlevleri değiştirmede uygulanmıştır. Masseter kasının üzerine yapıştırılan yüzeysel elektrotlarla kasın kasılma ve gevşeme durumu izlenir. Elde edilen veri, ölçek, ışık veya ses gibi araçlarla hastaya geri bildirilir. Bu işlem aşamalı gevşeme çalışması sırasında uygulanır. Kas etkinliği azaldığında hastadan bu gevşeme hissini iyice tanıması istenir. Böylece hasta daha sonraları geri bildirim cihazının yardımı olmadan da bu durumu elde edebilir.

İlaç tedavisinde amitriptilinin düşük dozlarda (10-20 mg./gece) nokturnal bruksizmi azalttığı ve uyku döngüsünü değiştirerek uyku kalitesini arttırdığı öne sürülmüştür. Amitriptilinin hasta sabah uyandığında görülen ağrıyı azalttığı beirtilmektedir. Amitriptilin bruksizmin tedavisinde ilk seçenek olarak düşünülebilir. Emosyonel etkenlerin belirgin olduğu durumlarda tedavide anksiyolitik ilaçlardan da yararlanılabilir. Gece yatmadan alınacak 2.5-5 mg. dozda diazepamın çiğneme kaslarını gevşetebileceği ve uykuda parafonksiyonel etkinliği azaltabileceği belirtilmektedir. Benzodiazepinler dışındaki anksiyolitik ilaçların kullanımına ilişkin literatürde bilgi yoktur. Bruksizmin tedavisinde yararlanılabilecek diğer ilaçlar arasında analjezik/anti-enflamatuar ilaçlar, kas gevşeticiler ve lokal anestezipler yer alır. Tedavide çeşitli fizik tedavi yöntemlerinden de yararlanılabilir.