ResearchGate

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: https://www.researchgate.net/publication/325359890

The general characteristics of sleep and sleep disorders in bipolar euthymic patients

Article · May 2018

DOI: 10.17826/cumj.368451

CITATIONS
0

READS
15

2 authors, including:



Necla Keskin
Van Training and Research Hospital
24 PUBLICATIONS **14** CITATIONS

SEE PROFILE

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:

Evaluation of the CYP polymorphisms in psychiatry patients View project

All content following this page was uploaded by Lut Tamam on 09 June 2018.

The user has requested enhancement of the downloaded file.

Cukurova Medical Journal
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Cukurova Med J 2018;43(2):387-397
DOI: 10.17826/cumj.368451

ARAŞTIRMA / RESEARCH

Bipolar ötimik hastalarda uykunun genel özellikleri ve uyku bozuklukları

The general characteristics of sleep and sleep disorders in bipolar euthymic patients

Necla Keskin[1], Lut Tamam[2]

[1]S.B.Ü. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Van, Turkey
[2]Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana, Turkey

Cukurova Medical Journal 2018;43(2):387-397

Abstract

Purpose: The aim of this study was to assess sleep characteristics and sleep disorders in bipolar euthymic patients who declared to have sleep problems when asked.

Material and Methods: A total of 57 outpatients aged 18-65 who said "no" to "Are you generally satisfied with your sleep pattern? Have you been satisfied with your sleep pattern for last one year?" questions (at least one of them) and / or said "yes" to "Is there a problem with your sleep according to others' observations" question and have been followed in Bipolar Disorder Unit of Department of Psychiatry, Cukurova University Medical School were included in the study. A data form for socio-demographic features and another form for clinical characteristics of bipolar disorder have been completed. The general features of sleep were investigated by General Sleep Questionnaire (GSQ). All patients completed Epworth Sleepiness Scale (ESS).

Results: The patients had problems in initiation, maintenance and termination of sleep frequently and 43.9% of sample group reported to sleep more than 10 hours a day, 54.4% to snore and 1.8% to have sleep apnea. Sleep disturbances were seasonal in 36.8% of sample group and were commonly defined as secondary and psychogenic.

Conclusion: Sleep disorders are frequently seen in euthymic bipolar patients, rarely result with hospital admissions and are frequently overlooked. Their negative effects on illness course, functionality and quality of life are well known. All patients with bipolar disorder should be examined in detail in terms of sleep habits, sleep structure and sleep disorders.

Key words: bipolar disorder, sleep characteristics, sleep disorder

Öz

Amaç: Bu çalışmada ötimik dönemde olup, sorulunca uyku sorunu bildiren hastalarda uykunun genel özellikleri ile görülen uyku bozukluklarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Bipolar Bozukluk Birimi'ne ayaktan başvuran ve "Genel olarak uyku düzeninizden memnun musunuz? Son 1 yıldır uyku düzeninizden memnun muydunuz?" sorularından en az birine "hayır" ve / veya "Başkalarının gözlemine göre uykunuzda sorun var mı?" sorusuna "evet" yanıtı veren 18-65 yaş arası 57 hasta alındı.Sosyodemografik Veri Formu ve Bipolar Bozukluk Veri Formu doldurduldu. Genel Uyku Anketi (GUA) ile uykunun genel özellikleri ve uyku bozuklukları sorgulandı. Tüm hastalar Epworth Uykululuk Ölçeği (EUÖ)'ni doldurdu.

Bulgular: Uykuyu başlatma, sürdürme ve sonlandırma evrelerinde sıklıkla sorun yaşadığı gözlenen hastaların %43.9'unun 10 saatten fazla uyuduğunu, %54.4'ünün horladığını, % 1.8'inin uyku apnesi yaşadığını bildirdiği gözlenmiştir. Hastaların %36.8'inin uyku sorunlarının mevsimsel özellik gösterdiği saptanmış, uyku sorunları çoğunlukla ikincil ve ruhsal kökenli olarak tanımlanmıştır.

Sonuç: BPB'un ötimik dönemlerinde uyku bozuklukları oldukça sık görülen, tedavi için başvuru nedeni olmayan, gözden kaçan ve hastalık seyri, işlevsellik ve yaşam kalitesi üzerine etkileri iyi bilinen bozukluklar olup, BPB tanılı her hastanın uyku alışkanlıkları, yapısı ve bozuklukları açısından ayrıntılı olarak incelenmesi büyük önem taşımaktadır.

Anahtar kelimeler: bipolar bozukluk, uyku özellikleri, uyku bozuklukları

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Necla Keskin, S.B.Ü. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Van, Turkey. E-mail: necla keskin@yahoo.com
Geliş tarihi/Received: 16.12.2017 Kabul tarihi/Accepted: 23.01.2018

GİRİŞ

Bipolar Bozukluk (BPB) yineleyen mani / hipomani, depresyon ya da karma görünümlü dönemlerle giden, bu dönemler arasında kişinin sağlıklı duygudurum haline (ötimi) dönebildiği ve genel populasyonun % 1.2'sini etkilediği tahmin edilen kronik bir hastalıktır[1, 2,3]. BPB, teorikte asemptomatik olarak kabul edilen ötimik dönemleri de dahil, işlevsellikte ciddi bozulmaya ve yaşam kalitesinde düşmeye, özkıyım riski nedeniyle de ölüme yol açmaktadır[1].

BPB'ta uyku sorunları sıklıkla görülür. BPB, eşlik eden hastalıklar ve kullanılan ilaçların etkisi ikincil uyku bozukluklarına yol açarken, bipolar hastalarda uyku bozuklukları birincil olarak da ortaya çıkabilir[4].

İnsomnia ve hipersomnia BPB ile birlikteliği iyi bilinen uyku bozukluklarının başında gelir[4]. Sirkadiyen ritmin BPB'un hem akut alevlenme dönemlerinde hem de remisyon dönemlerinde sıklıkla bozulduğu ve hastalığın etiyolojisinde rol oynadığı bilinmektedir[5]. Sirkadiyen ritim uyku ve uyanıklık bozukluklarından, gecikmiş uyku fazı bozukluğunun bipolar hastalarda sıklıkla görüldüğü bildirilmiştir[6]. BPB uyku apne sendromu birlikteliği de sık karşılaşılan durumlardandır[7]. Diğer uyku bozukluklarından konfüzyonel uyanma, uyurgezerlik, uyku terörü ve izole uyku paralizisi gibi parasomniaların da BPB başta olmak üzere pek çok ruhsal bozuklukla ilişkili olduğu, ruhsal bozukluk olması durumunda parasomniaların görülme sıklığının arttığı bildirilmiştir[8-10].

BPB'un tedavisinde kullanılan ilaçlar uykuyu farklı şekillerde etkilemektedir. Bu ilaçlar çeşitli mekanizmalarla gündüz uykululuğa, uyku süresinde artmaya ya da uykusuzluğa, dopamin antagonizmasına ikincil olarak uykuda hareket bozuklukları gibi uyku bozukluklarına yol açabilir ve uykunun yapısını değiştirebilirler[4].

BPB'un her evresinde, gerek birincil olarak görülebilen, gerekse de ikincil olarak ortaya çıkan ve oldukça sık görüldüğü bilinen uyku bozukluklarının hastalık seyri, işlevsellik ve yaşam kalitesi üzerine olan etkileri literatürde pek çok çalışmada gösterilmiştir. Bu etkiler göz önünde bulundurulduğunda, uyku sorunlarının BPB ile ilişkili mortalite ve morbiditede temel bir rol oynayabileceği açıktır. Bu çalışmada üniversite hastanesinde yer alan özgül bipolar bozukluk biriminde takipli ötimik hastalardan sorulunca uyku sorunu bildirenlerin uykularının genel özelliklerinin değerlendirilmesi, görülen uyku bozukluklarının belirlenmesi ve sıklıkla göz ardı edilen uyku sorunlarına dikkat çekilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmaya, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan onay alındıktan sonra, Eylül 2014-Eylül 2015 tarihleri arasında, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniği Bipolar Bozukluk Birimi'ne ayaktan başvuran, akut mani ya da depresyon döneminde olmadığı belirlenen ve "Genel olarak uyku düzeninizden memnun musunuz? Son 1 yıldır uyku düzeninizden memnun muydunuz?" sorularından en az birine "hayır" ve / veya "Başkalarının gözlemine göre uykunuzda sorun var mı?" sorusuna "evet" yanıtı veren 18-65 yaş arası 57 hasta alındı. Özbildirim testlerini doldurabilmesi için hastaların ilkokul ve üzeri eğitim almış olması şartı arandı. Hastalara çalışma hakkında bilgi verilerek yazılı onayları alındı.

Çalışmaya katılan hastaların görüşmesi aynı klinisyen tarafından yapıldı. İlk görüşmede tarafımızca hazırlanan Sosyodemografik Veri Formu ve hastalığın klinik özelliklerinin sorgulandığı (başlangıç yaşı, hastalık süresi, atak sayısı, özkıyım girişimi vs) Bipolar Bozukluk Veri Formu doldurudu. BPB'a eşlik eden ek tanıların belirlenmesi için DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID-I) ve DSM-IV Eksen II Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID-II) uygulandı. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D) Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ) ile hastaların ötimik dönemde oldukları doğrulandı. HAM-D ve YMDÖ puanı 7'nin üzerinde olanlar çalışma dışı bırakıldı. Uyku sorunu bildiren hastalarda uyku alışkanlıkları ve bozuklukları Selçuk A. ve. arkadaşları tarafından hazırlanan Genel Uyku Anketi (GUA) ile ayrıntılandırıldı ve uykusuzluk yakınması olanlara Uykusuzluk Şiddeti İndeksi uygulandı. Her hasta ayrıca Epworth Uykululuk Ölçeği (EUÖ)'ni doldurdu.

Kullanılan Ölçekler

DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID-I)

Eksen-I psikiyatrik bozukluk tanılarını araştırmak

amacıyla görüşmeci tarafından uygulanan yapılandırılmış klinik görüşme çizelgesidir. First ve arkadaşları tarafından 1996 yılında geliştirilmiştir[11]. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması DSM-IV Eksen-I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme adı ile Özkürkçügil ve arkadaşları tarafından yapılmıştır[12].

DSM-IV Eksen II Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID-II)

Eksen-II'de tanımlanan kişilik bozuklukları tanısı için klinisyen tarafından uygulanan yarı yapılandırılmış bir testtir. Bu değerlendirme aracının test-tekrar test değeri k=0.68 ve görüşmeciler arası güvenilirlik değeri k=0.71 olarak bulunmuştur[13].

Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ) 11 maddeden oluşmakta ve her biri 5 aşamalı belirti şiddeti içermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasında içtutarlık katsayısı % 79 olarak, çalışmacıların ölçek maddeleri arasındaki fikir birliği % 63.3-% 95.5, kappa değerleri 0.114-0.849 arasında bulunmuştur[14-15].

Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D)

Hamilton tarafından 1960 yılında geliştirilmiştir, hastada depresyonun düzeyini ve şiddetini ölçer. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Akdemir ve arkadaşları tarafından 1996 yılında yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe formunun güvenilirliği, içtutarlılık çalışmasında Cronbach alfa değerleri 0.75, Sperman Brown güvenilirlik katsayısı 0.76'dır. Değerlendiriciler arası güvenilirlik katsayısı 0.86 ile 0.98 değerleri arasındadır[16,17].

Genel Uyku Anketi (GUA)

Uyku bozukluklarını taramada kullanılmak üzere Aslan ve arkadaşları tarafından 2003 yılında geliştirilmiştir[18,19]. Anket formu genel tanıtım bilgileri, uyku alışkanlıkları, uyku bozukluğu baraj soruları, uykusuzluk ve aşırı uykuya yönelik sorular, uyku sorununa neden olabilecek çevresel faktörler ve yaşam olayları gibi konularda sorular içermektedir.

Uykusuzluk Şiddeti İndeksi (UŞİ)

Uykusuzluk belirtilerinin şiddetini ölçmek için tarama amaçlı geliştirilen bir özbildirim ölçeğidir. Değerlendirmede sorgulanan yedi maddenin puanları toplanarak yapılır. Toplam puan 0-28 arasında değişmekte, 10 ve üzeri puan alanlarda klinik insomnia tanısının düşünülmesi gerektiği, 15 ve üzeri puanın ise insomnia tanısı koydurduğu belirtilmektedir. Bastien ve arkadaşları tarafından geliştirilen bu ölçek Boysan ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye uyarlanmış ve ölçeğin Türkçe formu geçerli ve güvenilir bulunmuştur[20,21].

Epworth Uykululuk Ölçeği (EUÖ)

Gündüz uykululuk düzeyini değerlendirmeye yarayan pratik ve yaygın olarak kullanılan özbildirime dayalı bir ölçektir. 1991 yılında M.W. Johns tarafından geliştirilmiştir[22]. EUÖ dörtlü likert tipi bir ölçektir. 0, 1, 2, 3 şeklinde puanlanmakta ve 11 puan ve üzeri alan kişilerde gündüz aşırı uykuluğun var olduğu kabul edilmektedir. EUÖ'nün geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ağargün ve arkadaşları tarafından 1999 yılında yapılmış, testin iç tutarlılık katsayısı 0.80 olarak bildirilmiştir[23].

İstatistiksel analiz

Tüm istatistiksel değerlendirmeler SPSS for Windows 15,0 paket programı yardımıyla yapıldı. Kategorik değişkenlerin, sıklık ve oranları belirlendi.

BULGULAR

Çalışmaya alınan 18-65 yaş arası 57 hastanın (ortalama yaş; 37.7±9.8 yıl) sosyodemografik özellikleri ele alındığında (bkz. Tablo 1), grubun çoğunluğunun kadın (% 68.4), ortaöğretim ve üstü düzeyde eğitim aldığı (% 71.9), orta-üst sosyoekonomik düzeye sahip olduğu (% 68.4), çalışmadığı (% 70.2), bir şehir merkezinde yaşadığı (% 78.9) bulunmuştur. Çalışmamızda, ev hanımı, emekli ve öğrenciler çalışmayan grupta değerlendirilmiştir. Hastalarının çoğunluğunun (% 77.2) sosyal desteğinin olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların özgeçmiş ve soygeçmiş özellikleri değerlendirildiğinde, % 73.7'sinin ailesinde ruhsal hastalık, % 43.9'unun tıbbi hastalık öyküsü olduğu bulunmuştur. Hastaların yarısından fazlasının (% 61.4) sigara kullandığı, alkol kullanma sıklığının % 21.1, kafein kullanma sıklığının ise % 70.2 olduğu belirlenmiştir. Günde birkaç kez (en az iki) ve / veya akşam 5'ten sonra kafeinli içecek tüketenler "kafein kullanıyor" olarak kabul edilmiştir[24,25]. Hastaların ortalama vücut kitle indeksi 29.9±5.9 olarak bulunmuştur.

Tablo 1.Bipolar hastaların demografik özellikleri

	n	%
Yaş (yıl) (ort. ±SS)	37.7±9.8	
Vücut kitle indeksi (ort.)	29.9±5.9	
Cinsiyet		
Kadın	39	68.4
Erkek	18	31.6
Medeni durum		
Evli	31	54.4
Bekar/dul	26	45.6
Eğitim durumu		
İlkokul	16	28.1
İlkokul üstü	41	71.9
Ekonomik durum		
Alt	18	31.6
Orta/Üst	39	68.4
Meslek		
Çalışıyor	17	29.8
Çalışmıyor	40	70.2
Yaşadığı yer		
İlçe	12	21.1
İl	45	78.9
Yaşadığı aile		
Çekirdek	54	94.7
Geniş	3	5.3
Sosyal destek varlığı	44	77.2
Ailede ruhsal hastalık öyküsü	42	73.7
Tıbbi hastalık öyküsü	25	43.9
Sigara kullanımı	35	61.4
Alkol kullanımı	12	21.1
Kafein kullanımı	40	70.2

*SS: Standart Sapma

Çalışmaya alınan hastalar BPB'un klinik özellikleri açısından ele alındığında hastaların çoğunluğunun BPB tip 1 (% 87.7) tanısı aldığı, hastaların yarısından fazlasının hastalık dönemlerinde psikotik özellikler gösterdiği, büyük çoğunluğunun epizodlar arası dönemde tam düzeldiği, % 38.6'sının yaşam boyu en az bir kez özkıyım girişiminde bulunduğu saptanmıştır. Örneklem grubumuzda en sık manik, sonra depresif ve hipomanik dönemlerin görüldüğü bulunmuş, karma özellikler ayrı bir hastalık dönemi olarak değil, DSM 5'te önerildiği üzere depresif, manik ve hipomanik dönemlerin bir belirleyicisi olarak ele alınmıştır. Yinelemelerle giden BPB'un seyri kişiden kişiye değişkenlik göstermekte, hastaların bir kısmı hem manik hem depresif dönemler, % 10-20'lik bir grup ise sadece manik dönemler geçirmektedir[2]. Çalışmamızda hastaların % 57.9'unda baskın uç mani olarak bulunmuş, hastaların bir kısmının sadece manik dönemler yaşadığı tespit edilmiştir. Hiç bir hasta hızlı döngülü olarak tanımlanamamıştır.

BPB'un tedavisinde en sık kullanılan ilaç grupları Duygudurum düzenleyici (DDD) ve antipsikotik ilaçlardır[26]. Çalışmamızda bipolar hastaların % 93'ünün DDD ilaç kullandığı, en sık kullanılan DDD ilacın lityum olduğu, lityumu takiben valproik asit ve karbamazepinin kullanıldığı, DDD ile beraber en sık kullanılan ek ilaç grubunun ise atipik antipsikotikler olduğu belirlenmiştir. BPB sağaltımında kullanımı tartışmalı olan ve özellikle tedaviye dirençli depresif dönemlerde kullanıldığı bilinen antidepresan ilaçların hastaların % 29.8'inde kullanıldığı saptanmıştır.

Elektrokonvuzlif terapinin (EKT) psikotik özellikli, stuporlu ve yoğun özkıyım düşüncesi olan, ilaç tedavisinden yarar görmeyen ve hızlı döngülü bipolar hastalarda kullanıldığı bilinmektedir[1]. Çalışmamızda hastaların % 50.9'u hastalıklarının herhangi bir döneminde EKT aldığını bildirmiştir.

Çalışmaya alınan bipolar hastaların klinik özellikleri Tablo 2'de gösterilmiştir. Çalışmaya alınan bipolar hastalar ektanılar açısından SCID-I ve SCID-II ile sorgulanmış, örneklem grubumuzda anksiyete bozukluklarının BPB'a en sık eşlik eden ruhsal bozukluk olduğu bulunmuştur. Örneklem grubu ektanılar açısından Tablo 3'te ele alınmıştır.

Tablo 2.Bipolar hastaların klinik özellikleri

	n	**%**
Bipolar tip		
Tip 1	50	87.7
Tip 2	7	12.3
Baskın uç		
Mani	33	57.9
Depresyon	18	31.6
Dengeli	6	10.5
EKT	29	50.9
Epizodlar-arası dönem		
Tam düzelme	55	96.5
Kısmi düzelme/düzelme yok	2	3.5
Mevsimsellik	27	47.4
Epizodlardapsikotik belirti	32	56.1
DDD ilaç kullanımı	53	93.0
Lityum	26	45.6
Valproik asit	23	40.4
Karbamazepin	7	12.3
Lamotrijin	2	3.5
DDD kombine	4	7.0
Ek tedavi	52	91.2
Tipik antipsikotik	6	10.5
Atipikantipsikotik	45	78.9
Antidepresan	17	29.8
Özkıyım	22	38.6
Atak sayısı (ort.±SS)	4.8±3.0	
Başlangıç yaşı (ort.±SS)	25.0±8.4	
Hastalık süresi (yıl) (ort.±SS)	12.4±7.3	
Yatış sayısı (ort.±SS)	3.1±2.6	

*EKT: Elektrokonvülsif Tedavi, DDD: Duygudurum Dengeleyici İlaç, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma

Tablo 3. Bipolar bozukluk tanılı hastalarda görülen ektanılar

	n	%
Anksiyete bozukluğu şu an	8	14
Anksiyete bozukluğu yaşam boyu	21	36.8
Somatoform bozukluklar şu an	3	5.3
Somatoform bozukluklar yaşam boyu	5	8.8
Alkol kullanım bozuklukları şu an	0	0
Alkol kullanım bozuklukları yaşam boyu	0	0
Madde kullanım bozuklukları şu an	0	0
Madde kullanım bozuklukları yaşam boyu	1	1.8
Dürtü denetim bozuklukları şu an	3	5.3
Dürtü denetim bozuklukları yaşam boyu	3	5.3
Kişilik bozuklukları	10	17.5
A kümesi	0	0
B kümesi	8	14.0
C kümesi	3	5.3

Çalışmaya alınan hastaların genel uyku özellikleri "Genel Uyku Anketi" ile sorgulanmış, hastaların ortalama uyku süresinin 8.4±1.7 saat, uykuya dalma süresinin 25.8±21.2 dakika olduğu, % 50.9'unun uyku ilacı kullandığı ve gündüz uyuma alışkanlığının olduğu belirlenmiştir. 'Genel Uyku Anketi'ne göre bipolar hastaların genel uyku özellikleri ayrıntılı olarak Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4. Bipolar hastalarda uykunun genel özellikleri

	n	**%**
Toplam uyku süresi (ort.±SS-saat)	8.4±1.7	
Dalma süresi (ort.±SS-dakika)	25.8±21.2	
Gece uyanma sayısı (ort.±SS)	1.4±1.5	
Gece yataktan çıkma sayısı (ort.±SS)	1.3±1.3	
Uyku ilacı kullanımı	29	50.9
Gündüz uyuma alışkanlığı	29	50.9
İşin uykuya etkisi	1	1.8
Yatak partnerinin varlığı	28	49.1
Menopoz döneminde olma	5	
Menopozda uyku sorunu	1	
PMS	18 (n=34)	
Uykuya PMS etkisi öyküsü	6	

*Ort.: Ortalama, SS: Standart Sapma, PMS: Premenstrüel Sendrom

GUA'da uyku düzeninden genel olarak memnun olmadığını ve / veya son 1 yıldır hep memnun olmadığını bildiren ve / veya ailesine göre uyku sorunu olduğu bildirilen hastalar "uyku sorunu var" kabul edilmiş ve uyku bozuklukları açısından ayrıntılı olarak sorgulanmıştır. GUA'ya göre uyku sorunu bildiren 57 hastanın % 82.5'i yakınmalarının aralıklı olarak ortaya çıktığını, % 36.8'i mevsimsel özellik gösterdiğini, % 47.4'ü son 6 ay içinde yaşamış olduğu psikososyal stresörlerle ilişkili olduğunu bildirmiştir. Hastaların uyku sorunları çoğunlukla ikincil ve ruhsal kökenli olarak tanımlanmış, sadece % 8.8'inin uyku sorunu için başvurduğu, çoğunluğun başka nedenlerle yaptığı hastane başvurularında uyku sorununu, sorulunca dile getirdiği öğrenilmiştir (Tablo 5).

Tablo 5. GUA'ya göre uyku sorunu bildirenlerde görülen uyku bozuklukları

	n	%
Uykuya dalma güçlüğü		
Ay	28	49.1
Yıl	47	82.5
Uykuyu sürdürme güçlüğü		
Ay	24	42.1
Yıl	32	56.1
Sabah erken uyanma		
Ay	22	38.6
Yıl	34	59.6
Sabah dinlenmemiş uyanma		
Ay	24	42.1
Yıl	34	59.6
Gündüz uyuklama		
Ay	12	21.1
Yıl	19	33.3
Uzun süre uyuma		
Ay	25	43.9
Yıl	33	57.9
Horlama		
Ay	31	54.4

Yıl	32	56.1
Tanıklı apne		
Ay	1	1.8
Yıl	3	5.3
Huzursuz bacaklar		
Ay	6	10.5
Yıl	6	10.5
Uykuda idrar kaçırma		
Ay	8	14.0
Yıl	9	15.8
Uykuda yürüme		
Ay	2	3.5
Yıl	5	8.8
Uykuda konuşma/sayıklama		
Ay	15	26.3
Yıl	24	42.1
Kabus görme		
Ay	21	36.8
Yıl	34	59.6
Diş gıcırdatma		
Ay	5	8.8
Yıl	9	15.8
Uykuda korku, çığlıklar atma		
Ay	7	12.3
Yıl	14	24.6
Geç yatıp geç kalkma		
Ay	22	38.6
Yıl	30	52.6
Yakınmalarının sıklığı		
Aralıklı	47	82.5
Sürekli	10	17.5
Mevsimsellik	21	36.8
Psikososyal stresör	27	47.4
Uyku sorunu için başvuru		
Var	5	8.8
Yok	15	26.3
Diğer	37	64.9
Uyku bozukluğu tipi		
Birincil	1	1.8
İkincil ruhsal	53	93.0
İkincil fiziksel	3	5.3

*Yakınmaların süre ve sıklığı hastalar arasında değişkenlik göstermektedir.

Çalışmaya alınan hastaların (n=57) 10'unun (% 17.5) EUÖ'nden 11 ve üzeri puan aldığı yani EUÖ'ne göre gündüz aşırı uykululuğunun olduğu, uykusuzluktan yakınan 22 hastanın 10'unun UŞİ'nden 10 ve üzeri (klinik olarak insomnia tanısı düşündürmesi gerektiği ifade edilmektedir), 4'ünün de 15 ve üzeri (klinik olarak insomnia tanısı koyulabileceği ifade edilmektedir) puan aldığı belirlenmiştir.

TARTIŞMA

Çalışmamızda, ötimik bipolar hastaların sosyo-demografik ve klinik özellikleri belirlendikten sonra hastalar ektanılar, uykunun genel özellikleri ve uyku bozuklukları açısından ele alınmıştır. Gece sık uyanma, uyku kalitesinde düşme, toplam uyku süresinde azalma ya da artma, gündüz aşırı uykululuk ve kabus bipolar hastaların sıklıkla bildirdiği yakınmaların başında gelir[27]. Örneklem grubumuz kontrol muayenesi için polikliniğimize başvurmuş ve sorulunca uyku düzeninden hoşnut olmadığını bildiren ötimik bipolar hastalardan oluşmaktadır. Hastaların uykunun başlangıç, sürdürüm ve bitiş evrelerinde sorunlar yaşadığı tespit edilmiş,

yakınmalarının görülme sıklığı ve ortaya çıktığında devam etme süreleri değişmekle birlikte, son 1 ay için değerlendirildiğinde hastaların % 49.1'inin uykuya dalmakta, % 42.1'inin uykuyu sürdürmekte güçlük çektiği ve sabah dinlememiş uyandığı, % 38.6'sının da sabah erken uyandığı belirlenmiştir. Son 1 yıl için değerlendirildiğinde bu oranların beklendiği üzere arttığı ve bu yakınmaların çoğunlukla (% 82.5) aralıklı olarak ortaya çıktığı, hastaların % 36.8'inde de mevsimsel özellik gösterdiği bulunmuştur. Hastaların geçmiş hastalık dönemleri gözden geçirildiğinde de % 47.4'ünde duygudurum dönemlerinin mevsimsel özellik gösterdiği saptanmıştır. Kronobiyolojinin temelinde uyku, ışık ve mevsimsellik yatmaktadır ve bunlarda meydana gelen değişimler, hem psikopatoloji gelişimi hem de duygudurum bozukluklarının tedavisini önemli derecede etkilemektedir[28]. Çalışmamızda hem uyku sorunlarının hem de duygudurum dönemlerinin mevsimsel olarak ortaya çıkması bu durumu desteklemektedir. Uykuya dalmakta ve uykuyu sürdürmekte güçlük çektiği, sabah erken uyandığı öğrenilen toplam uyku süresi azalmış hastaların (n=22) UŞİ puanına göre, 4'ünde klinik olarak insomnia tanısı koyulabileceği, 10'unda da insomnia tanısı düşünülmesi gerektiği belirlenmiştir. Bipolar hastaların ötimik dönemlerinde, sağlıklı kontrollere göre uyku sorunlarının devam ettiği çok sayıda çalışmada gösterilmiş, aktigrafik çalışmalarda uykuya dalma sürelerinin daha uzun, gün içindeki etkinlik düzeylerinin daha düşük olduğu bulunmuştur[29,30]. Harvey ve arkadaşları BPB'un ötimik döneminde hastaların %50-100'ünün uyku sorunu yaşadığını bildirmiştir[31]. Ötimik bipolar 20 hastanın alındığı, insomnia tanılı hastalar ve sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığı bir diğer çalışmada, uyku günlüğü ve aktigrafiye göre, bipolar hastaların %70'inin klinik olarak anlamlı uyku bozukluğu gösterdiği, % 55'inin insomnia tanı ölçütlerini karşıladığı bulunmuştur24. Bu sonuçlar, çalışmamızda da olduğu gibi bipolar hastaların ötimik dönemlerde de ciddi uyku sorunları yaşadığını desteklemektedir. Çalışmamızda ötimik dönemde oldukları halde hastaların uykuya dalma sürelerinin uzun olduğu, uykularının gece bölündüğü ve hastaların yarısının uyku ilacı kullandığı belirlenmiştir.

Hipersomnia uzamış gece uykusu, sabah uyanma güçlüğü ve gündüz aşırı uykululuk ile karakterizedir ve psikiyatrik bozukluklardan en sık BPB ile birlikte görülmektedir27,32. Yapılan çalışmalarda, hipersomnia daha fazla ilaç kullanımı, sağlık bakımı harcamalarında artış, artmış madde kötüye kullanımı ve depresyon atağı geçirme riski ile ilişkilendirilmiştir. Ötimik bipolar hastaların % 25'inin hipersomnia yaşadıkları, bu durumun gelecek depresif dönemlerle ilişkili olduğu bulunmuştur. Bipolar spektrum bozukluğu olan ötimik 159 hastada yapılan bir çalışmada hipersomniası olanların "aşırı uykululuğu olanlar" ve "uzun uyuyanlar" olmak üzere iki kategoride ele alınması gerektiği ve aşırı uykululuk yakınmasının manik ve hipomanik yinelemelere yol açtığı, "uzun uyuyanlar"ın uykularını olduğundan çok olarak bildirdiği, bu hastaların yatakta geçirdikleri sürenin uzun ancak toplam uyku sürelerinin fazla olmadığı saptanmıştır[32]. Çalışmamıza alınan hastaların yarısı gündüz uyduğunu, % 21.1'i gündüz uykulu hissettiğini, % 43.9'u da 10 saatten fazla uyuduğunu bildirmiş, hastaların % 17.5'inin EUÖ'ne göre gündüz aşırı uykululuğunun olduğu belirlenmiştir. Hastaların yarısının uyku ilacı kullanıyor olması ve örneklem grubunun uyku sorunu bildiren hastalardan oluşmasının da elde edilen oran üzerinde etkisinin olduğu düşünülmüştür. Walz ve arkadaşları EUÖ'ye göre bipolar hastalarda gündüz uykululuğunun sağlıklı kontrollere göre fazla olduğunu saptamış, uykululuk ve uyku bozukluğunun debilite üzerinde bağımsız etkisi olduğu bildirilmiştir[33].

Uykuda solunum bozuklukları, çoğunlukla horlamaya eşlik eden, uykuda solunum düzensizlikleri ile beliren, yaygınlığı ve yaşamı tehdit etmesi açısından önem arz eden klinik tablolardır[34,35]. Yapılan çalışmalarda BPB tip 1 ve 2 'de Obstrüktif Uyku Apne Sendromu (OUAS) yaygınlık oranı %2.9-69 arasında bildirilmiştir[36]. 1998 ve 2001 yılları arasında 406.504 olgunun uyku apnesi ve psikiyatrik komorbidite açısından değerlendirildiği bir çalışmada OUAS'lı grubun % 21.8'inde depresif bozukluk, % 16.7'sinde anksiyete bozukluğu, % 11.9 travma sonrası stres bozukluğu, % 5.1'inde psikotik bozukluk ve % 3.3'ünde BPB saptanmıştır[37]. Çalışmamızda hastaların % 56.1'inin horlama sorununun olduğu, % 1.8'inin son bir ay içinde yatak partnerlerinin tanık olduğu apne epizodları yaşadığı öğrenilmiştir. Obezitenin artmış uyku apne sendromu riskine yol açtığı bilinmektedir[7]. Örneklem grubumuzun % 45.6'sının (n=26) obez (VKİ>30), bunların 3'ünün morbid obez (VKİ>40) olduğu belirlenmiştir.

Çalışmamızda hastaların % 10.5'i huzursuz bacaklar nedeniyle özellikle uykuya dalmakta güçlük çektiğini

belirtmiş ve bu nedenle tedavi arayışı içerisine girdikleri öğrenilmiştir. BPB'ta sıklıkla kullanılan olanzapin, risperidon, ketiapin ve klozapin gibi atipik antipsikotik ilaçların 5-HT1A reseptör antagonizması ve dopamin antagonizmasına ikincil huzursuz bacak sendromu belirtilerini ortaya çıkardığı ve bu yolla insomnia yapabileceği düşünülmektedir38. Bipolar depresyonda kullanılan seçici serotonin gerialım inhibitörleri de uyku sürekliliğinde bozulmaya, uykuda periyodik ekstremite hareketlerinin sıklığında artışa, huzursuz bacak sendromu ve atonisiz REM uykusuna yol açarlar[38]. Örneklem grubumuzun % 78.9'unun atipik antipsikotik ilaçlardan en az birini, % 29.8'inin de antidepresan tedavi aldığı belirlenmiş, bu durumun elde edilen yaygınlık oranı üzerinde etkili olduğu düşünülmüştür.

Hastaların % 14'ü son bir ayda en az bir kez uykuda idrar kaçırdığını, % 3.5'i uykuda yürüdüğünü, % 26.3'ü uykuda konuştuğunu veya sayıkladığını, % 36.8'i kabus gördüğünü, % 12.3'ü uykudan korkuyla uyandığını veya çığlık attığını bildirmiştir. Literatürede, konfüzyonel uyanma, uyurgezerlik, uyku terörü ve izole uyku paralizisi gibi parasomniaların BPB başta olmak üzere pek çok ruhsal bozuklukla ilişkili olduğu, ruhsal bozukluk olması durumunda parasomnialarin görülme sıklığının arttığı bildirilmiştir[8-10]. Gece idrar kaçırmanın eşlik eden tıbbi hastalıkların yanısıra uyku üzerine etkileri iyi bilinen ilaçların kullanımıyla ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Uyku ile ilişkili bruksizm, erişkinlerde % 8 oranında görüldüğü, yaşla sıklığının azaldığı tahmin edilmektedir[39,40]. Dopamin antagonizması ve seçici serotonin geri alım inhibisyonu yapan ilaç kullanımıyla da –ki örneklem grubumuzda sıklıkla kullanıldıkları belirlenmiştir- ilişkilendirilmiştir. Çalışmamızda hastaların % 8.8'i diş gıcırdatmaktan yakınmıştır.

Sirkadiyen ritim BPB'un akut alevlenme dönemlerinde olduğu gibi remisyon dönemlerinde de sıklıkla bozulmuştur[5]. Bipolar hastalarda gecikmiş uyku fazı bozukluğunun sıklıkla görüldüğü bildirilmiştir[6]. Çalışmaya alınan hastaların % 38.6'sı geç uyuyup geç uyandığını, sadece bir kişi vardiyalı çalıştığı için uyku düzeninin işi nedeniyle bozulduğunu belirtmiştir.

Literatürde, bipolar hastaların uykuları sosyo-demografik ve klinik pek çok değişkenle, kullanılan ilaçlar ve ektanılarla ilişkili bulunmuştur. Çalışmamızda da hastaların % 43.9'unun tıbbi bir ek hastalığının olduğu, yarısından fazlasının sigara kullandığı, çoğunluğunun kafeinli içecekler tükettiği, anksiyete bozuklukları başta olmak üzere başka ruhsal bozuklukların tanı ölçütlerini karşıladığı, kadın hastaların altısının menstrüel siklusun uyku düzeni üzerine etkilerinin olduğunu bildirdiği, % 77.2'si sosyal destek sistemlerini yeterli görse de, % 47.4'ünün uyku sorununu psikososyal stresörlerle ilişkilendirdiği gözlenmiş, bu değişkenlerin uyku üzerine özgül etkileri araştırılmamıştır.

Toplam uyku süresini öznel ve nesnel olarak değerlendirmenin kıyaslandığı bir çalışmada, hastaların uykularını nesnel ölçümlere yakın bildirdiği saptanmış[41] olsa da, çalışmamızın temel kısıtlılıklarından biri, uykunun GUA ile öznel olarak değerlendirilmiş olmasıdır. GUA ile ise son 1 ay ve 1 yılın sorgulanması hatırlamıyor olma ya da yanlış hatırlama nedeniyle yanlış pozitif ya da negatif sonuçlara neden olabilir. Çalışmamızın diğer kısıtlılıkları arasında, uyku sorunu bildirmeyen bipolar hastalar, sağlıklı kontroller ve/veya BPB tanılı olup ilaç kullanmayan hastaların çalışmaya alınmamış olması nedeniyle karşılaştırma yapılamaması, örneklemin küçüklüğü, ektanılı fiziksel ve ruhsal durumların etkisinin dışlanamamasıdır. Çalışmamızda, literatürde BPB'ta hastalık seyri, yaşam kalitesi ve işlevsellik üzerine etkileri iyi bilinen uyku bozukluklarının sıklıkları vurgulanarak, bu konuya dikkat çekmek amaçlanmıştır.

BPB ile uyku ilişkisi her açıdan ele alınması gereken karmaşık bir durumdur. Bipolar hastalarda ortaya çıkan uyku bozukluğunun birincil bir durum ya da BPB'a, başka bir ruhsal ya da tıbbi hastalığa veya kullanılan ilaçlara ikincil olarak gelişen bir durum olduğunu ayırt etmek her zaman mümkün olmayabilir. Öznel uyku yakınması bildiren ve uyku bozuklukları GUA ile değerlendirilen örneklem grubumuzda, insomnia, hipersomnia, uyku ile ilişkili solunum bozuklukları, hareket bozuklukları ve parasomnialarin sık görüldüğü bulunmuştur. GUA uygulanan hastaların sadece %8.8'inin birincil olarak uyku sorunu için hastaneye başvurduğu, % 64.9'unun başka nedenle yaptığı hastane başvurularında sorulunca uyku sorununu dile getirdiği belirlenmiştir. Bu durum psikiyatrik görüşmelerde uyku alışkanlıkları ve bozukluklarının rutin olarak sorgulanmasının önemini göstermektedir.

KAYNAKLAR

1. Işık E, Işık U. Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar. Ankara, Rotatıp Kitapevi, 2013.
2. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Synopsis of Psychiatry, Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry 7th ed. Baltmiore, Lippincott Wiilimas Wilkins, 1994.
3. Bauer M, Pfennig A. Epidemiology of bipolar disorders.Epilepsia. 2005;46:8-13.
4. Keskin N, Tamam L. Bipolar bozuklukta uyku. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2016;8:255-65.
5. 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.
6. 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.
7. Aggarwal R, Baweja R, Saunders EF, Singareddy R. CPAP-induced mania in bipolar disorder: a case report. Bipolar Disord. 2013;15:803-7.
8. 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.
9. Ohayon MM, Zulley J, Guilleminault C, Smirne S. Prevalence and pathologic associations of sleep paralysis in the general population. Neurology. 1999;52:1194-200.
10. Ohayon MM, Priest RG, Zulley 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.
11. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured clinical interview for DSM-IV clinical version (SCID-I/CV, Version 2.0). New York, Biometrics Research Department: New York State Psychiatric Institute. 1997.
12. Ozkurkcugil A, Aydemir O, Yildiz M, Esen Danacı A, Koroglu E. DSM-IV eksen I bozuklukları için yapilandirilmis klinik gorusmenin Turkceye uyarlanmasi ve guvenilirlik calısması. Ilac ve Tedavi Dergisi. 1999;12:233-6.
13. First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW, Benjamin LS. The Structured Clinical Interview for DSM IV Axis II Personality Disorders (SCID-II). Washington DC, American Psychiatric Press. 1997.
14. Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. Br J Psychiatry. 1978;133:429-35.
15. Karadag F, Oral ET, Aran Yalçın F. Young Mani Derecelendirme Olceginin Turkiye'de geçerlik ve güvenilirligi. Türk Psikiyatri Dergisi. 2002;13:107-14.
16. Hamilton MA. A rating scale for depression. J Neurol NeurosurgPsychiatry. 1960;23:56-62.
17. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, Türkçapar H, İşcan N, Özbay H.Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HDDO)'nin geçerliliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi. 1996;4:251-9.
18. Aslan S, Yetkin S, Albayrak FS, Gülcat Z, Maral I, Ayçan S ve ark. Hipersomnia ile ilgili belirtilerin ankara'nın kentsel bir bölgesinde yaygınlığı. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2005;8:172-9.
19. Aslan S, Gulcat Z, Albayrak FS, Maral I, Yetkin S, Sutcigil L ve ark. Prevalence of insomnia symptoms: results an urban district in Ankara, Turkey. Int J Psychiatry Clin Pract. 2006;10:52-8.
20. Bastien CH, Vallières A, Morin CM. Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. Sleep Med. 2001;2:297-307.
21. Boysan M, Güleç M, Beşiroğlu L, Kalafat T. Uykusuzluk Şiddeti İndeksi'nin Türk örneklemindeki psikometrik özellikleri. Anadolu Psikiyatri Derg. 2010;11:248-52.
22. Johns MW. A new method for measuring daytime sleepi-ness: the Epworth sleepiness scale. Sleep. 1991;14:540-5.
23. Ağargün MY, Çilli AS, Kara H, Bilici M. Epworth Uykululuk Ölçeği'nin Geçerliği ve Güvenirliği. Turk Psikiyatri Derg. 1999;10:261-7.
24. Harvey AG, Schmidt DA, Scarnà A, Semler CN, Goodwin GM. Sleep-related functioning in euthymic patients with bipolar disorder, patients with insomnia, and subjects without sleep problems. Am J Psychiatry. 2005;162:50-7.
25. Rocha PM, Neves FS, Corrêa H. Significant sleep disturbances in euthymic bipolar patients. Compr Psychiatry. 2013;54:1003-8.
26. Aydemir Ö, Uluşahin A, Akdeniz F. İki Uçlu Bozukluk Sağaltım Kılavuzu. Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2010.
27. Giglio LM, Andreazza AC, Andersen M, Ceresér KM, Walz JC, Sterz L et al. Sleep in bipolar patients. Sleep Breath. 2009;13:169-73.
28. Brambilla C, Gavinelli C, Delmonte D, Fulgosi MC, Barbini B, Colombo C et al. Seasonality and sleep: a clinical study on euthymic mood disorder patients. Depress Res Treat. 2012; 2012:978962.
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. Harvey AG. Sleep and circadian rhythms in bipolar disorder: Seeking synchrony, harmony, and regulation. Am J Psychiatry. 2008;165:820–9.
32. 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.

33. Walz JC, Magalhães PV, Reckziegel R, Costanzi M, Giglio L, Kapczinski F. Daytime sleepiness, sleep disturbance and functioning impairment in bipolar disorder. Acta Neuropsychiatr. 2013;25:101-4.
34. Aydın H. Uyku ve Bozuklukları. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2007.
35. Kaynak H, Kaynak D. Uykuda solunum bozuklukları. T Klin J Psychiatry. 2001;2:103-7.
36. Gupta MA, Simpson FC. Obstructive sleep apnea and psychiatric disorders: a systematic review. J Clin Sleep Med. 2015;11:165-75.
37. Yazla E, Bilici M. Obstrüktif uyku apne sendromlu hastalarda psikiyatrik bulgular Turkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics. 2013;6:19-24.
38. Aşkan Parlakoğlu B, Bilici M, Yenel Özbay S. Psikotrop ilaçların uyku üzerine etkileri. Turkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics. 2013;6:46-52.
39. Özay Ertuğrul E, Hanoğlu L. Uykuda hareket bozuklukları ve tedavisi. Turkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics. 2013;6:53-9.
40. Guaita M, Högl B. Current treatments of bruxism. Curr Treat Options Neurol. 2016;18:10.
41. Gonzalez R, Tamminga C, Tohen M, Suppes T. Comparison of objective and subjective assessments of sleeptime in subjects with bipolar disorder. J Affect Disord. 2013;149:363-6..

View publication stats