



İÇ HASTALIKLARI POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARDA UYKU BOZUKLUKLARININ İRDELENMESİ

ANALYSING THE PATIENTS WHO WERE ADMITTED TO THE POLYCLINIC OF INTERNAL MEDICINE SUFFERING FROM DYSSOMNIA

Dr. E. Tımuçin ORAL*, Dr. Hakan SAYITA*, Dr. Erhan ATA**, Dr. Ali İhsan ŞENER***

ÖZET: Uyku bozukluğu, fiziksel ve ruhsal bozukluklar için ortak bir semptom olabilir. Burada iç hastalıkları polikliniğine başvuran 1740 hastadan, dissomni yakınması olan 66'sı incelendi. Sonuçlar, bu hastaların yalnızca %10'unun doğrudan uyku bozukluğu yakınmasıyla başvurduğunu gösterdi. Hastaların yaş ve yakınmaları, dissomni türü ve süresi, alınan hipnotiklerin türü ve ilacı veren hekimlerin uzmanlık dalı, organik ve ruhsal tanılar ile önerdiğimiz ilaçlar da ayrıca tartışıldı.

Anahtar sözcükler: Dissomni, depresyon, uzmanlık dalı.

SUMMARY: Sleep disorders may be common symptoms for both mental and physical diseases. Here, 66 patients suffering from dyssomnia out of 1740, who were admitted to the polyclinic of internal medicine, are analysed. The results show that, only 10% of these complain about dyssomnia directly. Age and the other complains of the patients, type and duration of their dyssomnia, type of the hypnotic drug and the specialization of the physician who prescribe those pills, organic and mental diagnoses and our drug choice are also discussed.

Key words: Dyssomnia, depression, specialization.

GİRİŞ

Uyku bozuklukları birçok ruhsal veya fiziksel bozukluğun ortak semptomu olabildikleri gibi, bazı ruhsal veya fiziksel bozukluğu başlatabilir ya da artırabilirler. Uyku bozuklukları DSM-III-R'de Dissomniler ve Parasomniler olarak betimlenirler. Dissomnilerde temel özellik uykunun miktarı, niteliği veya zamanlamasındaki bozukluktur. Bu grup da kendi içinde uykusuzluk (insomni), aşırı uyku (hipersomni) ve uyku-uyanıklık çizelgesinde bozukluk olarak ayrılır. Uykusuzlukta, uykunun başlatılması ve sürdürülmesindeki güçlük temel yakınma nedenidir. Bazan da uyku süresi normal olduğu halde kişi kendisini dinlenmemiş hissedebilir (1, 2, 4). ABD'de genel nüfusun %15'inin uykusuzluktan temel bir sorun olarak söz edip çözüm aradığı bilinmektedir (1).

Uykusuzluğun nedeninin ortaya konması güç olabilir. Sık görülen yakınma kaynağı alta yatan ve daha çok ruhsal olan hastalık ve tanınmasındaki güçlüğüdür. Genç hastalarda daha çok uykuya dalamama tarzında yakınma olur. Bu kişiler gün boyu gergin kalırlar ve kolayca gevşeyemezler. Gece sık sık uyanma tarzında uyku bozukluğu ise daha çok ağrılı hastalığı olanlarda gözlenmek-

tedir. Erken uyanma da anksiyete ve depresyon yakınması olanlarda sık görülür (2).

YÖNTEM VE GEREÇ

İki ay içinde Haseki Hastanesi 3. Dahiliye Polikliniği'ne başvuran 1740 hasta arasından sağlık kurulu vb. nedenlerle başvurmuş olanlar ayrıldıktan sonra kalanlar çalışmamızda değerlendirildi. Başvuran tüm hastalarda rutin iç hastalıkları muayenesi ve gerekli laboratuvar tetkikleri yanısıra özel bir form hazırlanarak uyku bozukluğu soruşturuldu. Ayrıca, uyku bozukluğu saptanan tüm hastalar psikiyatrik sorgulama ve muayeneden geçirildiler. Hastalarda konulan tanılara göre uyku bozukluğunun kökenine yönelik olarak dahili, psikiyatrik ve hem dahili hem de psikiyatrik tedavileri düzenlendi.

BULGULAR

İki ay içinde uyku bozukluğu yakınması olan 60'ı kadın, toplam 66 hasta irdelendi. Hastaların 38'i 30-50 yaşları arasında, 21'i 51 yaş üzerinde, 7'si ise 30 yaşının altındaydı. Başvuru yakınmalarına göre gruplandırıldığında önde gelen yakın-

* Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi 1. Psikiyatri Birimi Asistanları

** Haseki Hastanesi 3. Dahiliye Birimi Asistanı, Fiziopatoloji Uzmanı

*** Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi 1. Psikiyatri Birim Şefi

manın bedenini çeşitli yerlerinde ağrılar ve çeşitli psikiyatrik yakınmalar olduğu görülmüyordu (Tablo I).

Tablo I

| Mide Ağrısı | Çeşitli Ağrılar | Çeşitli Ruhsal Belirtiler |
|---------------|-----------------|---------------------------|
| % 31 | % 43 | % 43 |
| Nefes Darlığı | Halsizlik | Uyku Bozukluğu |
| % 13 | % 10 | % 10 |

Hastalara sorulduğunda hepsi uyku bozukluğundan yakındığı halde yalnızca %10'u bunu bir yakınma olarak doğrudan dile getirdi. Uyku bozukluklarının türüne göre ayırım yapıldığında uykusuzluk %93, aşırı uyku %5.5, uyku-uyanıklık çizelgesinde bozukluk ise %1.5 oranında görülmüyordu. Uykusuzluk yakınması olanların %80'i yatınca uyuyamama, %65'i sık sık uyanma, %21'i ise erken uyanmaktan şikayetçiydiler. Literatür verileriyle uyumlu olarak da yatınca uyuyamamaktan yakınan hastaların %53'i 45 yaşının altındaydı. Aşırı uyku yakınması olan 3 hastanın ikisi depresyon tanısı alırken biri somatizasyon bozukluğu olarak tanımlandı. Hastaların uyku bozukluklarının süresine bakıldığında yarıdan fazlasının 1 yıldan daha fazla zamandır uyku bozukluğu görülmüyordu (Tablo II).

| Birkaç gün | 1 Hafta | 1 Hafta - 1 Ay |
|----------------|---------|----------------|
| % 3 | % 3 | % 16 |
| 1 Ay | 1 Yıl | 1 Yıl - 5 Yıl |
| % 28 | % 28 | % 41 |
| 5 Yıldan Fazla | | |
| % 12 | | |

Hastalarımızın yarıdan fazlası da uyumak için ilaç kullanmaktaydılar (Tablo III).

| Tablo III İlaç Kullanmıyor | Adını Bilmiyor |
|-------------------------------|----------------|
| % 46 | % 6 |
| Antidepresan | Nöroleptik |
| % 3 | % 12 |
| Diğer Hipnotikler | |
| % 15 | |

Hastaların kullandıkları ilaçları hangi hekimlerden aldıkları sorulduğunda önemli bir bölümünün iç hastalıkları uzmanları tarafından verilmiş olduğu göze çarpmıyordu (Tablo IV).

Tablo IV

| Psikiyatrist | Nörolog | İç Hast. Uzmanı |
|-------------------------------------|---------|-----------------|
| % 18 | % 6 | % 49 |
| Pratisyen Hekim | | |
| % 12 | | |
| Hatırlamıyor ya da hekimden almamış | | |
| % 15 | | |

Dahili ve psikiyatrik muayene sonrasında kimi hastaların yalnızca organik, kimilerinin yalnızca ruhsal, büyük bir bölümünün de hem psikiyatrik hem de fiziksel bir hastalığının olduğu saptandı. Hastaların ruhsal tanıları DSM-III-R tanı ölçütlerine göre değerlendirildi (Tablo V ve VI).

Tablo V

Organik Tanılar

| Tanı Yok (Ruhsal) | Akciğer Hast. (KOAHA vd.) | GIS Hast. (D. Ulcus) |
|-----------------------------------|---------------------------|----------------------|
| % 7 | % 18 | % 29 |
| KVS Hastalığı (Angina, Hipertan.) | Artroz | Menapoz Send. |
| % 17 | % 19 | % 6 |
| Üriner Enf. | | |
| % 13 | | |

Tablo VI

Ruhsal Tanılar

| Tanı Yok (Organik) | Distimi | Depresyon |
|---------------------|---------|-----------|
| % 13 | % 7 | % 41 |
| Somatiform Bozukluk | | Psikoz |
| % 10 | | % 1.5 |
| Panik Bozukluk | | Anksiyete |
| % 5 | | % 16 |

Alkol Kötüye Kullanımı Oligofreni

% 3

% 1.5

Obsesif-Kompulsif Kişilik Bozukluğu

% 18

Histrionik Kişilik Bozukluğu

% 1

Karışık Kişilik Bozukluğu

% 4

Değerlendirme sonunda hastaların tanılarına göre organik ya da ruhsal bozukluklarına yönelik tedavileri düzenlendi. Önerilen psikiyatrik ilaçlara bakıldığında önemli bir oranı tanılarla da uyumlu olarak depresyon giderici ilaçların oluşturduğu görülmüştü (Tablo VII).

Antidepresanlar
(Başlıca Trisiklikler)

% 77

Nöroleptikler
(Anksiyolitik dozda)

% 15

Nöroleptikler
(Antipsikotik)

% 3

Diğer Hipnotikler
(Bitkisel, Antihistaminik vb)

% 2

Psikiyatri Kliniğine Sevk
Edilen Hasta

% 3

TARTIŞMA

Uyku bir gevşeme halini gerektirir. Uyuma uyanma bozulmuş bir organizmada gerçekleşmez. Bu nedenle altta yatan hastalığın uykusuzluğu başlıca semptomlardan biri haline getirmesi çok kolaydır. Bir kimse geceyi oturma pozisyonuna benzer bir durumda geçirirse, uykusu az çok bozulur. Uyku işlevinin tam olarak gerçekleşmesi için gerilimler organizmadan uzaklaştırılmalıdır. Organik kökenli hastalıklarda gerilimler dış koşullara, ruhsal kökenli hastalıklarda ise iç nedenlere bağlı olarak uykusuzluk nedenleridirler

(3). Hastalarımızın büyük bir çoğunluğunun ağrı semptomu ile uykusuzluğu bir arada göstermesi bu sözü edilen gerilimlere bağlıdır. Öte yandan, hastaların yalnız %10'unun uykusuzluktan yakınması, %53'ünün bir yıldan fazla zamandır uyku bozukluğunun olması ve yine %56'sının ilaçla uyuyor olması da hastaların kendilerinin ifade ettiği gibi bu rahatsızlığın "artık kanıksandığının" işaretiydi.

Uyku bozukluğunu gidermek amacıyla ilaç veren hekimlerin %49'unu iç hastalıkları uzmanlarının oluşturması ve yine de bu hastaların uyku bozukluğundan yakınlıkla bir iç hastalıkları polikliniğine başvurmuş olmaları dikkat çekiciydi. Yine ilginç bir özellik psikofarmakolojik preparatların yalnız uyku sağlayıcı düzeyde verilmiş olmaları ve altta yatan ruhsal bozukluğun tedavisine yönelik olmamalarıydı. Ruhsal bozuklukların dağılımında en büyük oran önceden kestirilebileceği gibi depresyona aittir. Bunu DSM-III-R'de bir ikinci eksen bozukluğu olarak yer alan Obsesif-Kompulsif Kişilik Bozukluğu izlemektedir, ki bu bulgu da literatürdeki verilerle uyumludur (1, 4). Organik bozuklukların dağılımında mide, barsak sistemine ait hastalıklar ilk sırayı almış ve onu hemen hemen eşit oranda diğer sistem bozuklukları izlemiştir.

Depresif hastalardaki uyku bozukluklarının tedavisi altta yatan mizaç bozukluğunun türüne göre yapılmalıdır. Berner'e göre depresif durum endojen bir siklotimiye, kişilik bozukluğu gibi yapısal bir özelliğe, organik bir bozukluğa ya da doğrudan doğruya psikolojik kökene bağlı olarak oluşabilir. Uyku bozukluklarının tedavisi bu nedenle geniş bir dağılım gösterir. Antidepresanlar çoğunlukla ilk seçilecek ilaçlardan biridir ve bunlar arasında da trisiklik olanlar sedatif etkileri nedeniyle ilk sırayı alırlar (6). Bu çalışmada da önerilen ilaçlar %77 oranında antidepresanlardan oluşmuştur. Anksiyolitik ve nöroleptikler daha önceki veriliş oranlarını korumakla birlikte anksiyolitik olarak benzodiazepinler yerine anksiyolitik dozda düşük etkili nöroleptikler seçilmişlerdir. Bu uygulamada klinik tercihin yanısıra yeşil reçete uygulamasının yarattığı sorunlar da rol oynamıştır. Nöroleptiklerin, özellikle de düşük etkili olanlarının (thioridazine, mezoridazine gibi) uyku bozukluklarının tedavisinde etkili oldukları bilinmektedir. Bu görüş düşük ve yüksek etkili nöroleptiklerle yapılan EEG çalışmalarıyla da kanıtlanmıştır. Ancak uzun süreli kullanım ve yan etkileri gözönüne alındığında benzodiazepinlere göre daha üstün gibi görünmemektedirler (6).

Bu çalışmada antidepresan ilaçların önerilmesindeki artışın bir nedeni de, iç hastalıkları hastalarının yakınmalarına psikiyatrik bir bakış açısı getirildiğinde depresyonun hiç de az rastlanmayan bir hastalık grubu olarak bu hasta popülas-

yonunda varolması ve çoğunlukla da gözden kaçırılmakta oluşudur. Nijdam'ın da belirttiği gibi kültürel karşılaştırmalı psikiyatrik çalışmalar batılı olmayan kültürlerde depresyonun kendisini somatik yakınmalar şeklinde ortaya koyduğunu ve bunların başında da ağır semptomunun geldiğini göstermiştir (5).

Sonuç olarak, uyku bozuklukları için reçete düzenleyen hekimlerin büyük çoğunluğunun iç hastalıkları uzmanı olduğu ve bu hastaların da sorunlarına daha çok iç hastalıkları polikliniklerinde çözüm aradıkları gözönüne alındığında, bu uzmanlık dalı için getirilmesi düşünülen psikiyatri rotasyon uygulamasının yalnız burada sözü edilen hastalık grubu için değil, fakat pek çok psikiyatrik semptomlarla başvuran depresif vb. hastaların daha doğru değerlendirilebilmesi için, tıpkı psikiyatri uzmanlığı için uygulanmakta olan iç hastalıkları rotasyonu gibi çok yararlı olacağı inancındayız.

KAYNAKLAR

1- American Psychiatric Association, Diagnostic

and Statistical Manual of Mental Disorders-III rd Edition (Revised form), APA Press (1988), USA pp. 297-304

2- Adams, R. D. Sleep and Its Abnormalities, in Principles of Internal Medicine ed. by Thorn et al, Mc Graw Hill Inc. (1983), Tokyo pp. 172

3- Fenichel, O Nevrozların Psikoanalitik Teorisi (çev. S. Tuncer), Ege Üniversitesi Matbaası, (1974), İzmir sf: 110, 174

4- Hartmann, E. L. Sleep Disorders in Comprehensive Textbook of Psychiatry, ed. by Kaplan and Sadock, Williams and Wilkins co., pp 1247-1262 (1985), USA

5- Nijdan, S. J. Depression-A Diagnosis Sometimes Missed and Sometimes Mistaken, Psychopathology 19, S 2, pp 225-230 (1986)

6- Saletu, B. Therapy for Sleep Disorders in Depressives, Psychopat. 19, suppl. 2, pp. 239-262 (1986)