



T.C.

**SAĞLIK BAKANLIĞI ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ**

**DİSSOSİYATİF BOZUKLUĞU OLAN VE OLMAYAN
PARASOMNİLİ HASTALARIN UYKU ÖZELLİKLERİNİN
KARŞILAŞTIRILMASI**

Dr. KADER SEMRA KARATAŞ

UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL - 2012



T.C.

SAĞLIK BAKANLIĞI ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

**DİSSOSİYATİF BOZUKLUĞU OLAN VE OLMAYAN
PARASOMNİLİ HASTALARIN UYKU ÖZELLİKLERİNİN
KARŞILAŞTIRILMASI**

Dr. KADER SEMRA KARATAŞ

UZMANLIK TEZİ

Danışmanlar: Prof. Dr. ZERRİN PELİN

Doç. Dr. MUSTAFA BİLİCİ

İÇİNDEKİLER

Sayfalar

ÖNSÖZ	i
ÖZET	ii
ABSTRACT	v
TABLO DİZİNİ	viii
ŞEKİL DİZİNİ	ix
KISALTMALAR	x
EKLER	xi
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1. Uyku ve Uyanıklık	3
2.1.1. Uykunun oluşumu ve sınıflandırması	3
2.1.2. Uyku ve uyanıklık nörobiyolojisi	5
2.1.3. Uyku ve uyanıklık nörofizyolojisi	6
2.2. Uyku Bozuklukları	12
2.2.1. İnsomnia	12
2.2.2. Uykuda solunum bozuklukları	13
2.2.3. Solunum bozukluğuna bağlı olmayan hipersomniler	14
2.2.4. Sirkadiyen ritm bozuklukları	15
2.2.5. Uyku ile ilişkili hareket bozuklukları	16
2.2.6. Parasomniler	18
2.2.6.1. Tanımı	18
2.2.6.2. Tarihçe	18
2.2.6.3. Epidemiyoloji	19
2.2.6.4. Hazırlayan faktörler	21
2.2.6.5. Klinik özellikleri	22
2.2.6.5.1. Arousal bozukluklar	22
2.2.6.5.2. REM uykusu ile ilişkili parasomniler	25
2.2.6.5.3. Diğer Parasomiler	26
2.2.6.6. Parasomni ve epilepsi	28
2.2.6.7. Parasomni ve PTSTB	29
2.2.6.8. Parasomni ve laboratuvar inceleme	30

2.2.6.9. Parasomni ve hukuk	31
2.2.6.10. Parasomni ve arousallar	33
2.3. Dissosiyatif Bozukluklar	36
2.3.1. Tanımı	36
2.3.2. Tarihçe	37
2.3.3. Epidemiyoloji	38
2.3.4. Etiyolojik teoriler	39
2.3.5. Dissosiyasyon ve travma	41
2.3.6. Dissosiyasyonun psikofizyolojisi	42
2.3.7. Dissosiyasyonun nörobiyolojisi	43
2.3.8. Dissosiyatif bozukluklar	43
2.3.9. Dissosiyatif bozukluklar ve uyku	50
2.3.10. Parasomni ve dissosiyasyon	54
3. GEREÇ VE YÖNTEM	59
3.1. Örneklem	59
3.1.1. Örneklemi seçerken yapılan işlemler	59
3.2. Veri Toplama Araçları	61
3.2.1. Veri toplama formu	61
3.2.2. Polisomnografi uygulaması ve raporu	61
3.2.2.1. Uyku periyodu	62
3.2.2.2. Uykuya dalma süresi	62
3.2.2.3. Uykuda geçen süre	62
3.2.2.4. Gece içi uyanıklık sayısı	62
3.2.2.5. Uyku başladıktan sonra uyanma	62
3.2.2.6. Minimum oksijenizasyon	62
3.2.2.7. Baskın dalga tipi	62
3.2.2.8. Baskın olan dalga süresi	62
3.2.2.9. Uyku etkinliği	63
3.2.2.10. Arousal indeksi	63
3.2.2.11. Apne hipopne indeksi	63
3.2.2.12. Periyodik bacak hareketleri indeksi	63
3.2.2.13. Uyku evreleri süreleri	63
3.2.2.14. Hareket	63
3.2.3. Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi	63
3.2.4. Iowa Uyku Deneyimleri Ölçeği	64

3.2.5. Beck Depresyon Ölçeği	65
3.2.6. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği	65
3.2.7. Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği	65
3.2.8. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-28	66
3.2.9. Dissosiyatif bozukluklar için yapılandırılmış klinik görüşme çizelgesi	67
3.3. Araştırmanın Hipotezi	67
3.4. İstatistiksel Analiz	67
4. BULGULAR	69
4.1. Grup I ve Grup II'nin Sosyodemografik Özellikleri	69
4.2. Grup I ve Grup II'nin Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması	71
4.3. Grup I ve Grup II'nin Uyku Parametrelerinin Karşılaştırılması	73
4.4. Grup I'in Klinik Değişkenlerinin Birbiri ile İlişkisi	75
4.5. Grup I'in PSG Parametrelerinin Klinik Değişkenlerle İlişkisi	75
4.6. Grup I'in Arousal ve Arousal İndeksinin Klinik Değişkenlerle İlişkisi	75
4.7. Grup II'nin Klinik Değişkenlerinin Birbiri ile İlişkisi	80
4.8. Grup II'nin PSG Parametrelerinin Klinik Değişkenlerle İlişkisi	80
4.9. Grup II'nin Arousal ve İndekslerinin Klinik Değişkenlerle İlişkisi	80
5. TARTIŞMA	86
6. SONUÇLAR	98
7. KAYNAKLAR	99
8. EKLER	118

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim boyunca mesleki bilgisini, emeğini ve zamanını esirgemeyen Doç. Dr. Mustafa BİLİCİ'ye, engin bilgileri ve deneyimleri ile eğitime katkıda bulunan diğer hocalarım sayın Prof. Dr. A. Ertan TEZCAN, sayın Prof. Dr. Hayrettin KARA, sayın Doç. Dr. Sermin KESEBİR, sayın Doç. Dr. Hüseyin Güleç, sayın Doç. Dr. Serhat ÇITAK ve sayın Doç. Dr. Ümit Başar SEMİZ'e; uzmanlık eğitimimde dış rotasyonlarım sırasında, mesleki birikimlerini sunan ve misafirperverlik gösteren Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'ndaki sayın hocam Prof. Dr. Levent KAYAALP ve sayın Doç. Dr. Burak DOĞANGÜN'e teşekkürlerimi sunarım.

Uzmanlık eğitim sürecimi tamamlamamda en önemli basamaklardan biri olan tez çalışmalarım süresince vaktini, emeğini ve desteğini esirgemeyen tez danışmanlarım sayın Prof. Dr. Zerrin PELİN ve sayın Doç. Dr. Mustafa Bilici'ye sonsuz teşekkür ederim.

Eğitimim süresince değişik dönemlerde yanında çalıştığım ve ilgileri ile deneyimlerinden yararlandığım uzman ve başasistan çalışma arkadaşlarım ve Doç. Dr. Aytül Hariri ve Uz. Dr. Medine Güleç'e çok teşekkür ederim.

Tez dönemim boyunca her türlü desteği tereddütsüz sunan arkadaşlarım Dr. Ömer YANARTAŞ, Dr. Ece YAZLA, Dr. Sertaç GÜVEN, Dr. Mürüvvet TOPALOĞLU, Dr. E.Damla BOSTANCI, Dr. Demet ÜNSAL, Dr. Sibel ÖDEMiŞ, Dr. İshak SAYGILI ve diğer arkadaşlarıma çok teşekkür ederim.

Tüm çalışmalarım sırasında, her türlü özveride bulunan ve desteğini esirgemeyen sevgili eşim Yasin KARATAŞ'a sonsuz teşekkür ederim.

Çalışmalarımda yardımını eksik etmeyen Sadık TOPRAK ve Ali BAYKUŞ'a teşekkür ederim.

Hayatım boyunca maddi ve manevi desteğini esirgemeyen annem Müberra OCAK, merhum babam Prof. Dr. Rahim OCAK ve ablam Sevda OCAK'a saygılarımı sunar ve çok teşekkür ederim.

Dr. Kader Semra KARATAŞ

ÖZET

Giriş ve Amaç: Parasomniler uykunun değişik evrelerinde ortaya çıkan anormal davranışsal ve fizyolojik olaylarla karakterize uyku bozukluğudur. Travmatik olaya maruz kalanların kalmayanlara göre daha fazla dissosiyasyon olduğu, gün içinde dissosiyatif deneyimlerin gece de ortaya çıkabileceği ve parasomni nedeni olabileceği iddia edilmiştir. Bu kişilerde gün içindeki dissosiyatif deneyimlerin gece boyunca devam ettiği ve uyku ile ilişkili dissosiyatif bozukluğun nedeni olabileceği ileri sürülmüştür. Parasomni etyolojisindeki heterojenite ve parasomnilerle dissosiyatif bozuklukların klinik benzerliklerinden kaynaklanan karışıklık, bu iki hastalığın ayrı ve birlikte olduğu gruplarla yürütülecek çalışmalarla azaltılabilir. Bu çalışmada dissosiyatif deneyimlerin uykuda da devam edebileceğini, parasomni kliniğini ne ölçüde değiştirdiğinin araştırılması amacıyla, dissosiyatif bozukluğu olan ve olmayan parasomnili hastaların uyku özelliklerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışma 11.10.2010 ve 01.03.2012 tarihleri arasında Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Poliklinikleri ve Acil Servisine başvuran ve bu merkezlerden Uyku Bozuklukları Merkezi'ne yönlendirilen, klinik değerlendirme ve polisomnografi sonucunda ICSD-2 tanı kriterlerine göre parasomni tanısını konan 36 hasta ile yürütüldü. Hastalara Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ), Iowa Uyku Deneyimleri Ölçeği (IUDÖ), Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DYÖ), Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantılar Ölçeği-28 (ÇÇTYÖ-28), Dissosiyatif Bozukluklar İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Çizelgesi (SCID-D) sonuçlarına göre değerlendirildi. Bu hastalar arasından DYÖ puanı 30 ve üstü olan 15 hastanın tamamına SCID-D ile dissosiyatif bozukluk tanısı konuldu. Parasomni ve dissosiasiyatif bozukluk olan hasta grubu grup I, sadece parasomnisi olan hasta grubu ise grup II olarak adlandırıldı.

Bulgular: Dissosiyatif bozukluk tanısı konulan hastaların % 33.3'üne dissosiyatif amnezi, %13.3'üne dissosiyatif füz, % 53.4'ünde başka türlü adlandırılmayan dissosiyatif bozukluk tanısı kondu. Araştırmaya katılan her iki grubun cinsiyet dağılımında istatistiksel olarak fark bulundu (χ^2 : 5.78, p:0.01). Grup I ve Grup II arasında DYÖ puanı, ÇÇTYÖ -28 puanı, PUKİ puanı, IUDÖ puanı, BDÖ ve HDDÖ puanı ortalamaları istatistiksel olarak farklı bulundu (z:-5.06, p:0.00; z:-2.78, p:0.00; z:-2.76, p:0.03; z:-3.49, p:0.00; z:-4.03, p:0.00). Gruplar arasında IUDÖ Genel Uyku Deneyimleri (GUD) alt grubunda istatistiksel olarak fark saptandı (z:-2.60, p:0.00). Grup I ve Grup II'nin hepsinde uykunun yüzeyselleştiği dalga delta dalgası iken, grup

I'de 12 hasta (% 80), grup II' de 13 hastada (% 61.9) delta dalgasına ek olarak alfa dalgası ile de uykunun yüzeyselleştiği görüldü. Bu oranlar arasında istatistiksel olarak farklılık saptanmadı. Grup I hastaların birinde (%6.7) verteks keskin dalga ile de uykunun yüzeyselleştiği bulundu. Her iki grup arasında uykunun yüzeyselleştiği dalgaların süresi ve gece içi uyanıklık sayısında istatistiksel olarak anlamlılık saptandı (z:-3.37, p:0.00; z:-2.55, p:0.01). Grup I hastaların N1 faz yüzdesinin istatistiksel olarak farklı olduğu bulundu (z:-3.10, p:0.00). PUKİ'nin alt bileşeni olan uyku bozukluğu ile IUDÖ, GUD arasında, HDDÖ ile IUDÖ arasında, BDÖ ile uyku süresi ve uyku bozukluğu arasında anlamlı korelasyon saptandı. Uyku başladıktan sonra uyanma süresi ile gündüz işlev bozukluğu arasında anlamlı düzeyde ilişki bulundu. Uyku etkinliği ile gündüz işlev bozukluğu arasında anlamlı düzeyde ilişki bulundu. DYÖ ile IUDÖ, GUD ve Lusid Rüyalar arasında, ÇÇTÖ-28 ile HDDÖ arasında, PUKİ ile HDDÖ ve BDÖ arasında anlamlı ilişki saptandı. Uykuya dalma süresi ile PUKİ ve HDDÖ arasında anlamlı düzeyde korelasyon bulundu. Gece içi uyanıklıkla uyku etkinliği arasında anlamlı düzeyde ilişki bulundu. Apne Hipopne İndeksi ve Peryodik Bacak Hareketleri İndeksi ile uyku bozukluğu ve gündüz işlev bozukluğu arasında orta ilişki saptandı.

Sonuç: NREM parasomni epizodlarının başlangıcında her iki grupta da delta yavaş dalga aktivitesi olduğu ve değişik oranlarda alfa dalga aktivitesi tespit edilmesi bu dalgaların serebral aktivasyon üzerindeki etkileri olabileceğini desteklemektedir. Grup I hastalarında uyku etkinliği ile gündüz işlev bozukluğu arasında saptanan ilişki, dissosiyatif belirtiler ve uykuya ilişkili deneyimlerinin birbiriyle çakışması sonucunda olabilir. Bu durum uyku - uyanıklık döngüsünde uykudan uyanıklığa geçerken sınırlar arasındaki belirsizlikten kaynaklanarak kişinin gün içi ve gece boyunca olan deneyimlere yol açabilir. Aynı zamanda dissosiyatif semptomların labil uyku uyanıklık döngüsünün arttırması ve bu kişilerde normal uyanıklık durumundan rüya benzeri duruma kolayca geçebileceğini ve gündüz işlev bozukluğu gece ise uyku etkinliğini etkileyebileceği düşünüldü. Parasomni hastalarında dissosiyatif bozukluk varlığında kadın cinsiyet oranının belirgin üstünlüğü görüldü. Grup I hastalarının dissosiyatif yaşantıları daha fazla deneyimlediği tespit edildi. Grup I hastaları daha fazla çocukluk çağı travması bildirmiştir. Parasomni ve Dissosiyatif Bozukluk eş tanımlı hastalar daha depresif görünümündedir. Grup I hastalarının hem öznel hem de nesnel uyku özellikleri belirgin olarak bozuktur.

Bulgularımızın prospektif desenli uzunlama çalışma ve daha büyük örneklemli gruplarda yapılacak çalışmalarla desteklenmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Parasomni, Çocukluk Çağı Travmaları, İowa Uyku Deneyimleri Ölçeği, Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği, Dissosiyatif Bozukluk

ABSTRACT

Introduction and Objective: Parasomnias are sleep-related disorders characterized by abnormal behavioral and physiological events during various stages of sleep. It is reported that those who are subject to a traumatic event are more dissociative than those who are not. It is claimed that dissociative experiences of these individuals during the day may also occur in the night and cause parasomnia. It is put forward that dissociative experiences of these individuals during the day continue during the night and may be the cause of dissociative disorder correlated to sleep. The matching between heterogeneity in parasomnia etiology and dissociative disorders with parasomnia on symptom level has led researchers to research common points of these diseases. This study aims to show that dissociative experiences may continue during sleep and may occur with parasomnia and to compare sleeping characteristics of parasomnia patients with and without dissociative disorder.

Method: 36 patients who applied to Erenköy Neurological Disorders Education and Research Hospital Psychiatric Polyclinics and emergency service on 11.10.2010 - 01.03.2012 and were referred to Sleep Disorders Center and were diagnosed with parasomnia according to ICSD-2 diagnosis criteria after a clinical assessment and polysomnography were included in the study. Patients were applied Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), Iowa Sleep Experiences Scale (ISES), Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD), Beck Depression Scale (BDS), Dissociative Experiences Scale (DES), Childhood Traumatic Questionnaire-28 (CTQ-28) and Structured Clinical Interview for Dissociative Disorders (SCID-D). All 15 patients among these patients whose DES scores were 30 or above were diagnosed with dissociative disorder by SCID-D. The patient group with parasomnia and dissociative disorders are called Group I and patients with only parasomnia were called Group II.

Findings: 33.3% of patients diagnosed with dissociative disorder were also diagnosed with dissociative amnesia and 13.3 were diagnosed with dissociative fugue and 53.4% were diagnosed with not otherwise specified (NOS) dissociative disorder. A statistical difference was found in sex distribution of both groups participating in the study (χ^2 : 5.78, p :0.01). A statistical difference was found in DES total scores, CTQ-28 total scores, PSQI total scores, ISES total scores, DES and HRDS scores of Group I and Group II (z :-5.06, p :0.00, z :-2.78, p :0.00, z :-2.76, p :0.03, z :-3.49, p :0.00, z :-4.03, p :0.00).. A statistical difference was determined in ISES General Sleep Experiences (GSE) between the groups (z :-2.60, p :0.00). The wave where sleep became superficial in Group I and Group II was delta wave and in

addition to delta wave, it was seen that sleep became superficial with alfa wave in 12 patients in group I (80%) and 13 patients in group II (61.9%). A statistical difference was not determined between these rates. It was found that sleep became superficial in 1 patient in Group I (6.7%) with vertex sharp wave. A statistical difference was determined between the term of waves when sleep became superficial and wakefulness during night in both groups ($z:-3.37$, $p:0.00$, $z:-2.55$, $p:0.01$). It was determined that N1 phase percentage of Group I patients was statistically different ($z:-3.10$, $p:0.00$). A significant correlation was determined between sleep disorder that is sub-element of PSQI and ISES and GSE, HRDS and ISES and BDS and duration of sleep and sleep disorder. A significant relationship was determined between wakeup after sleep onset time (WASO) and daytime functional disorder. A significant relationship was determined between sleeping and daytime functional disorder. A significant relationship was determined between DES and ISES, GSE and Lucid Dreams (LD), CTQ-28 and HRDS, PSQI and HRDS and BDS. A significant correlation was determined between the duration for falling asleep and PSQI and HRDS. A significant relationship was determined between arousal during nighttime and sleeping. A mean relationship was determined between Apnea Hypopnea Index (AHI) and Periodic Limb Movements Index (PLMI) and sleep disorder and daytime functional disorder.

Conclusion: Since the fact that delta slow wave activity exists in both groups at the onset of NREM parasomnia episodes as well as Alfa wave activity at various rates have been determined, it is supported that these waves may affect cerebral activity. The relationship between sleeping and daytime functional disorder in Group I patients may result from the overlap of dissociative symptoms with sleep-related experiences. This situation may result from the uncertainty in borders related to the transition from sleep to arousal during sleep-wake cycle and result in daytime and nighttime experiences of the individual. In addition, it is thought that dissociative symptoms fueled by the increase of labile sleep-wake cycle may cause the transition from normal waking to dreaming to be easy for these people and they may affect daytime functional disorder and nighttime sleeping.

Parasomnia patients who have also Dissociative Disorder were shown higher female sex distribution. Group I patients were shown more dissociative experiences and reported more childhood trauma experiences. Parasomnia and Dissociative Disorder patients were seen more depressive. Group I patients had gross subjective and objective sleep disturbance. Our findings must be support with longitudinal and prospective studies.

Keywords: Parasomnia, Childhood Traumas, Iowa Sleep Experiences Scale, Pittsburg Sleep Quality Index, Dissociative Disorder

TABLÖLAR**Sayfa**

Tablo-1	: Grupların Demografik Özellikleri ve Karşılaştırılması	70
Tablo-2	: Grupların Klinik Özelliklerinin Tanımlayıcı Özellikleri	72
Tablo-3	: Grupların Uyku Parametrelerinin Karşılaştırılması	74
Tablo 4a,b	: Grup I'in Klinik Değişikliklerin Birbiri ile İlişkisi	76
Tablo 5a,b	: Grup I PSG Parametrelerinin Klinik Değişkenlerle İlişkisi	77
Tablo 6	: Grup I Hastaların Arousallar ve İndekslerinin Klinik Değişkenlerle İlişkisi	79
Tablo 7a,b	: Grup II Klinik Değişkenlerinin Birbiri ile İlişkisi	81
Tablo 8a,b	: Grup II'nin PSG Parametrelerinin Klinik Ölçeklerle İlişkisi	82
Tablo 9	: Grup II'nin Arousallar ve Arousal İndeksinin Klinik Değişkenlerle Karşılaştırılması	84

ŞEKİL DİZİNİ

Sayfa

Şekil-1	:	Evre I	8
Şekil-2	:	Evre II	9
Şekil-3	:	Evre III	10
Şekil-4	:	REM	11
Şekil-5	:	EEG elektrotlarının yerleştirilmesi	61

KISALTMALAR

AASM	: Amerikan Uyku Bozuklukları Merkezi
ICSD-2	: Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflaması
RDB	: REM Uykusu Davranış Bozukluğu
NFLE	: Nokturnal Frontal Lob Epilepsisi
PTSB	: Post Travmatik Stres Bozukluğu
REM	: Hızlı göz hareketleri
NREM	: Hızlı olmayan göz hareketleri
EEG	: Elektroensefalografi
EMG	: Elektromiyelografi
EOG	: Elektrookulografi
UBMB	: Uyku Bozuklukları Merkez Birliği
AUBB	: Amerikan Uyku Bozuklukları Birliği
RAS	: Retiküler Asendan Sistem
VLPO	: Ventrolateral Preoptik Çekirdek
PSG	: Polisomnografi
EKG	: Elektrokardiyografi
USDS	: Üst Solunum yolu Direnç Sendromu
OUAS	: Obstruktif Uyku Apne Sendromu
OHS	: Obezite Hipoventilasyon Sendromu
SUA	: Santral Uyku Apnesi
AHI	: Apne Hipopne İndeksi
HBS	: Huzursuz Bacak Sendromu
PBHS	: Peryodik Bacak Hareketleri Sendromu
UIRHB	: Uyku ile ilişkili Ritmik Hareket Bozukluğu
SAP	: Siklik Alternan Patern
AB	: Arousal Bozuklukları
MA	: Mikroarousal
fMRI	: Fonksiyonel Manyetik Rezonans
BTA	: Başka türlü adlandırılmayan
SSS	: Santral Sinir Sistemi
DKB	: Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu
DA	: Dissosiyatif Amnezi
KA	: Konfüzyonel Arousal
UG	: Uyurgezerlik
UT	: Uyku terörü
AI	: Arousal İndeks
PBHI	: Peryodik Bacak Hareketleri İndeksi
IUDÖ	: Iowa Uyku Deneyimleri Ölçeği
GUD	: Genel Uyku Deneyimi
LR	: Lusid Rüyalar
DYÖ	: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği
ÇÇTÖ-28	: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-28
PUKİ	: Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi
HDDÖ	: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
SCID-D	: Dissosiyatif bozukluklar için yapılandırılmış klinik görüşme çizelgesi

EKLER

- EK 1 : Klinik Araştırma İçin Bilgilendirme ve Aydınlatılmış Onam Formu
- EK 2 : Veri Toplama Formu
- EK 3 : Dissosiyatif Yaşantılar leği
- EK 4 : Çocukluk ağı Travmaları leği-28
- EK 5 : Pittsburg Uyku Kalitesi leği
- EK 6 : İowa Uyku Deneyimleri leği
- EK7 : Hamilton Depresyon Derecelendirme leği
- EK 8 : Beck Depresyon leği

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Parasomni değişik uyku evrelerinde ortaya çıkan anormal hareketler, davranışlar, duygular, algılar, rüyalar ve otonom sinir sistemi disfonksiyonu ile karakterize uyku bozukluğudur (Tuncel ve Orhan, 2009).

Birçok psikiyatrik, nörolojik, tıbbi hastalık ve diğer uyku bozuklukları parasomniye neden olabilir ya da episod sıklığını arttırabilir. Anksiyete ve duygudurum hastalıkları, KA, migren ve inme UG, uyku ile ilişkili dissosiyatif bozukluk, uyku ile ilişkili halüsinasyonlarla; hipertiroidi ve febril hastalıklar, uyurgezerlikle; obstruktif uyku apnesi ve peryodik bacak hareketleri sendromu RDB ile ilişkili olduğuna dair çalışmalar bulunmaktadır (Abad ve Guilleminault, 2005, Thorpy ve Plazzi, 2010). Posttravmatik stres bozukluğu (PTSB) konusunda yapılan çalışmalar sıklıkla REM uykusu fenomenleri özellikle RDB üzerine odaklanmıştır (Hefez ve ark., 1987). PTSB'si olan hastalarda sıklıkla uyku ile ilişkili şiddet davranışları, gece terörü, uyku paralizi olduğu saptanmıştır (Mellman ve ark., 1995). Uyku ilişkili şiddet davranışları ya da yaralanmalar KA, UT / UG ve RDB'nun bir parçası olabilir (Postuma ve ark., 2009, Mahowald ve ark., 2005). Uyku ilişkili yaralanma ya da şiddetin adli ve yasal yönü vardır. Yasal durum olduğunda dikkatli bir uyku ve psikiyatrik hikaye alınmalı, klinik bulgular laboratuvar tetkikleri ile desteklenmelidir.

DSM IV-TR'de psikolojik, sosyal ya da stresörlerin uyku ile ilişkili değişiklikler yapabileceğinden bahsetmektedir (Ağargün ve ark., 1995). Psikolojik travma ya da fiziksel, cinsel, duygusal istismar, sevilen bir şeyin kaybı gibi travma öyküsü parasomninin kaynağını anlamada önemlidir (Yılmaz 2010). Son yıllarda travma sonrasında uyarılmışlık başlığı altında ele alınan yaşantıların uykuda da sürdüğünün gösterilmesi travmanın parasomni araştırmalarına değişik bir bakış açısı getirebilir. Çocukluk çağından başlayarak kronik tekrarlayan travmaların dissosiyatif bozuklukla ilişkili olduğunun (Lowenstein ve Putnam, 2007) ve travmatik olaya maruz kalanların kalmayanlara göre daha fazla dissosiyeye olduğunun bildirilmesi (Foote ve ark., 2006) parasomni hastalarının gün içinde görülen dissosiyatif deneyimlerin gece de ortaya çıkabileceğini düşündürmüştür (Ağargün ve ark. 2003a, Aydın 2009). Parasomni etyolojisindeki heterojenite ve parasomnilerle dissosiyatif bozuklukların semptom düzeyinde örtüşmesi, araştırmacıları bu hastalıklarda ortak noktaların araştırılmasına yöneltmiştir. Parasomni ve dissosiyatif bozukluklar arasında ilişkiye yönelik çalışmalar çok azdır. Parasomni ve dissosiyatif hastalıklarda akut ve kronik

travmaların rolünün olması bu hastalıkların ortak noktalarının araştırılmasına, ayrı ayrı hastalıklar olduğu veya aynı hastalık gruplarının farklı alt tipleri olup olmadığının tartışılmasına yol açabilir. Bu çalışmada klinik olarak parasomni tarif eden hastalara polisomnografik inceleme ile tanı kesinleştirildikten sonra Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ), Iowa Uyku Deneyimleri Ölçeği (İUDÖ), Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DYÖ), Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantılar Ölçeği-28 (ÇÇTÖ-28), Dissosiyatif Bozukluklar İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Çizelgesi (SCID-D) kullanılarak dissosiyatif bozukluk tanısı konan ve konmayan hastaların karşılaştırılması amaçlanmıştır. Parasomnisi olan kişilerde dissosiyatif yaşantıların, çocukluk çağı travmalarının, depresif bulguların sıklıkla olduğunu ve genel uyku kalitesinde de bozulmalar olabileceğini ileri sürüyoruz.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Uyku ve Uyanıklık

2.1.1. Uykunun oluşumu ve sınıflandırılması

Uyku karmaşık, yüksek derecede organizasyon gösteren, birçok iç ve dış faktörden etkilenen, belli dönemlerinde beyinin uyanıklık kadar aktif olduğu, geri dönüşümlü bir bilinç durumu, seçici yanıtsızlık, stereotipik postür, minimal hareket özellikleri gösteren, türe göre diurnal zamanlama ve süre ile karakterize bir süreçtir (Öztürk 2007).

Uyku hem oluşum mekanizmaları hem de fonksiyonları açısından araştırmaya konu olmuştur. 1928’lerde insan beyninin elektriksel aktivitesinin kayıt edilmesi ile uyku ve uyanıklıkta farklı ritimlerin varlığı uyku araştırmalarına yeni bir boyut kazandırmıştır. 1951’lerde Aserinsky ve Kleitman’ın uykuda hızlı göz hareketlerinin (REM) varlığı keşfetmesi ile uyku "REM" ve "non REM" şeklinde iki dönem olarak değerlendirilmeye başlanmıştır. Modern uyku fizyolojisinin başlangıç noktası olarak REM uykusunun tanımlanması kabul edilmektedir (Asrinsky 96). Uykunun farklı iki dönem olarak incelenmesi, Dement ve Kleitman’ın özellikle REM dönemini daha iyi açıklayabilmek için tüm gece uyku kayıtlarının başlatılmasına sebep olmuş ve değişik uyku evrelerinin gece içinde sıklık bir patern izleyerek 90 -100 dakikada bir tekrarladığını bulmalarını sağlamıştır (Bradly ve ark., 2008). 1960’larda Jouvet ve arkadaşlarının REM döneminde kas atonisinin varlığın ortaya koymaları ve 1968’de Rechtschaffen ve Kales’in elektroensefalografi (EEG), elektromiyografi (EMG) baz alınarak uyku evrelerinin birbirinden ayrılmasını sağlayan kuralları belirlemelerine destek sağlamış ve dünyada uyku skorlaması standart hale gelmiştir (Danker-Hopfe ve ark., 2009).

Uyku bozukluklarının sınıflaması, ilk kez 1979 yılında Uyku Bozuklukları Merkez Birliği (Associations of Sleep Disorders Center-UBMB) tarafından yapılmış ve Diagnostic Classification of Sleep and Arousal Disorder isimli kaynakta yayınlanmıştır. Sınıflamada

semptomlar temel alınmıştır. Patofizyolojilerin bilinmediği bu dönemde bu sınıflama oldukça kolaylık sağlamıştır. Uyku bozuklukları hakkında bilgiler arttıkça patofizyoloji temelli sınıflamalar gündeme gelmiş ve 1990 yılında Amerikan Uyku Bozuklukları Birliği (American Sleep Disorders Association-AUBB) tarafından yapılan ve ICSD olarak isimlendirilen sınıflamaya bırakmıştır. AUBB'nin başlattığı bu girişime, Japonya, Avrupa ve Latin Amerika ülkelerinin uyku dernekleri de katılmış ve bu sınıflamaya kodlama eklenmiştir (Thorpy ve Plazzi, 2010). ICSD'de kapsam genişletilerek sınıflama semptomlar, patofizyoloji, vücut sistemleri bir araya alınarak değerlendirilmiştir. 2004'den itibaren kullanılan bu sınıflama, sadece hastalıkları sınıflamakla kalmamakta aynı zamanda hastalıkların epidemiyolojisi ve teşhis kriterleri hakkında da bilgiler içermektedir. Toplam 84 uyku bozukluğu 4 ana grupta toplanmıştır. Bu gruplar Dissomniler, Parasomniler, Medikal / Psikiyatrik Uyku Bozuklukları ve Muhtemel Uyku Bozuklukları'dır (Köktürk 2001). AASM tarafından 2005 yılında bu sınıflama yeniden güncellenmiş ve ICSD-2 adıyla yayınlanmıştır. Buna göre uyku bozuklukları 8 ana grupta toplanmıştır. Bunlar İnsomniler, Uykuda Solunum Bozuklukları, Santral Kaynaklı Hipersomniler, Sirkadiyen Ritim Bozuklukları, Parasomniler, Uyku ile İlişkili Hareket Bozuklukları, İzole Semptomlar ve Diğer Uyku Bozuklukları'dır (Yılmaz 2011).

Parasomniler; Konfüzyonel Arousallar (KA), Uyurgezerlik (UG) ve Uyku Terörü (UT) olmak üzere üç grupta incelenir. Bu bozukluklar uykuya geçişte yavaş dalga uykusuna geçiş sırasında ya da yavaş dalga yoğun olduğu sırada görülür ve NREM parasomnisi olarak adlandırılır. Birçok uzman üç NREM parasomnisinin hastalık spektrumunun bir parçası olduğunu, KA'nın bir uçta, UG'nin ortada ve UT'nin diğer uçta olduğunu düşünür (Laberge ve ark. 2000, Mahowald ve ark. 2005). REM Uykusu İle İlişkili Parasomniler otonomik belirtilerin yaşandığı, olayın hemen sonrasında uyanma eşiğinin düşük olduğu, yaşanan atağın detaylarının hatırlanıp anlatılabildiği parasomnilerdir. Genellikle REM uykusunun yoğun olduğu gecenin ikinci yarısında ortaya çıkabildiği gibi öncesinde uyku yoksunluğu ya da REM'i baskılayan ilaçların kullanıldığı durumlarda gecenin birinci yarısında da ortaya çıkabilir. Bu grup içinde Kâbus Bozukluğu (KB), Uyku Paralizileri ve REM Uykusu Davranış Bozukluğu (RDB) yer alır (Yılmaz 2011). Diğer parasomniler başlığı altında incelenen Uyku Uyanıklık Geçiş Bozuklukları, uyanıklıktan uykuya geçiş sırasında ortaya çıkan parasomnilerdir. Bu grupta Ritmik

Hareketler, Uyku Sırasında Sıçrama, Uyku Sırasında Konuşma, Nokturnal Bacak Krampları olabilir (Matwiyoff ve Lee-Chiong 2005, Budhirija 2007, Walters 2007). Yine diğer parasomniler grubunda Uyku İle İlişkili Dissosiyatif Bozukluk, Uyku İle İlişkili İnleme, Patlayan Kafa Sendromu, Uyku İle İlişkili Varsanılar, Uyku İle İlişkili Yeme Bozukluğu, Uyku İle İlişkili Anormal Cinsel Fonksiyonlar ve Enurezis vardır (Kaynak ve Uygunoğlu 2011).

2.1.2. Uyku ve uyanıklık nörobijolojisi

Retiküler aktive edici sistem (RAS), rostral pons ve kaudal mezensefalın birleşiminden diensefalona doğru uzanan ve uyanıklıktan sorumlu olan anatomik bölgedir. RAS iki ana yol halinde, diensefalonda bulunan talamus ve hipotalamusa uzanır. RAS'dan talamusa uzanan kısımda kolinerjik nöron grubu bulunur. RAS'ın hipotalamusa uzanan bölümünde noradrenerjik locus coeruleus, serotonerjik dorsal ve median rafe çekirdekleri bulunur (Garcia-Rill ve ark., 2007). Posterior hipotalamusta bulunan tuberomamiller çekirdekteki histaminerjik nöronlar uyku-uyanıklık sürecinde önem taşıyan korteks, talamus ve anterior hipotalamus bölgelerine aksonlar gönderir. Noradrenerjik ve serotonerjik nöronların aksonları lateral hipotalamusa giderek posterior hipotalamusta bulunan tuberomamiller çekirdekten yine lateral hipotalamusa gelen histaminerjik nöronlarla birleşir (Develioğlu Pelin 1999, Pal ve Mallick, 2007). Hipotalamusun preoptik ve supraoptik düzeylerinin bitişiğinde ventral telensefalonu oluşturan bölge bazal ön beyin olarak adlandırılır. Bu bölgede kolinerjik, GABAerjik, glutamerjik hücre grupları bulunmaktadır (Cowley ve ark., 2005, Andres ve ark., 2011). Noradrenerjik, serotonerjik, histaminerjik nöronların aksonuna lateral hipotalamustan oreksinerjik nöronlar ve bazal ön beyinden gelen kolinerjik nöronlar da gelir ve hep birlikte tüm serebral kortekse yayılır. Uyanıklıkta en aktif olan, NREM sırasında yavaşlayan, REM döneminde ise neredeyse tamamen duran bölgeler noradrenerjik, serotonerjik ve histaminerjik nöron bölgeleridir (Branchereau ve ark., 2002, 2005). Bazal ön beyindeki GABAerjik nöronlar ventrolateral preoptik (VLPO) çekirdeğinde bulunur. Bu inhibitör nöronlar uyku süresince aktiftir ve Posterior hipotalamusun tuberomamiller çekirdeği, locus coeruleus ve rafe çekirdeği ile bağlantılıdır (Andres ve ark., 2011). VLPO alandan tuberomamiller nükleusa uzanan projeksiyonların

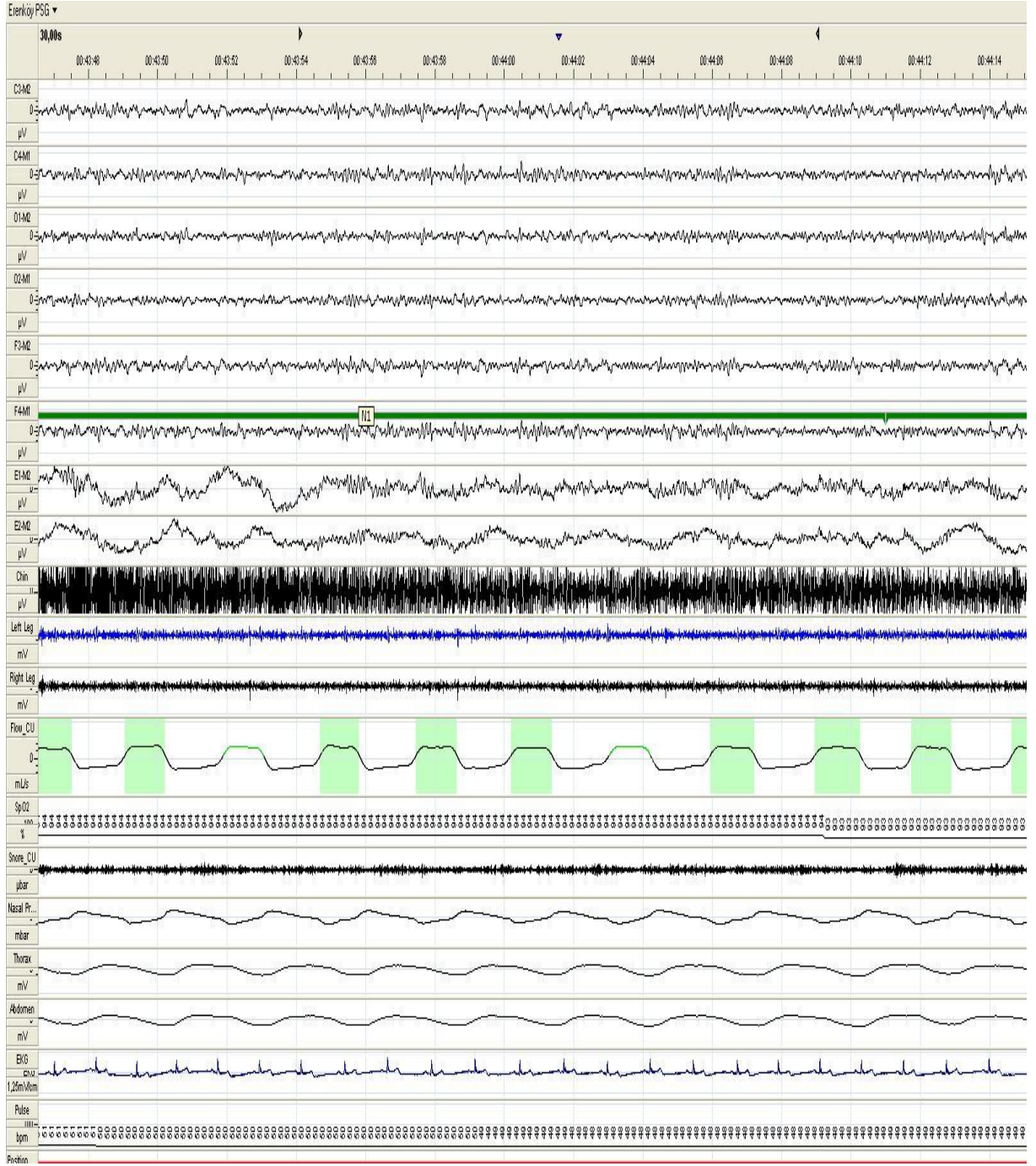
tespit edilmesi, bu bölgenin uyku ve uyanıklıkla ilişkisini gündeme getirmiştir. VLPO'nun bazal ön beyin ve mezopontin alandaki kolinerjik yapılarla ilişkisi ve REM uykusu sırasında dorsal ve median raphe nükleusundaki serotonerjik, lokus serulustaki noradrenerjik nöronların inhibisyonu, VLPO'nun hem uyku-uyanıklık hem de NREM-REM değişiminin sağlanmasında düzenleyici olduğunu göstermektedir (Liu ve ark., 2010). Uykunun başlaması ve GABA'nın etkisiyle hücreler hiperpolarize olmaya başlamaktadır. Talamusun retiküler nükleusundan çıkan uyku içicikleri, talamokortikal hücrelerdeki hiperpolarizasyonun bir göstergesidir ve bu durum afferent uyarıların kortekse ulaşmasını engeller. Hücrelerdeki hiperpolarizasyon arttıkça uyku, derin yavaş uykuya dönüşür. Kolinerjik uyarıların bu nöronları yeniden depolarize etmesi ile yavaş dalga uykusu, yerini uyanıklığa ya da REM uykusuna bırakır. REM uykusu kolinerjik nöronlarla beyinsapındaki aminerjik nöronlar arasındaki etkileşime bağlıdır. Kolinerjik nöronlar beyinsapından gelen RAS'ın hipotalamik bölümü ile birlikte kortekse dağılır. Bu nöronlar uyanıklık ve REM uykusunda aktiftir. Kolinerjik nöronlar asetilkolin salgılayarak talamusu uyarır ve kortikal desenkroni oluşturur. Aminerjik nöronlar REM uykusu süresince inaktiftir ve uyanıklıkta ve NREM uykuda norepinefrin, serotonin ve histamin salgılayarak REM dönemindeki aktif kolinerjik nöronları inhibe eder (Chokroverty 2008).

2.1.3. Uyku ve uyanıklık nörofizyolojisi

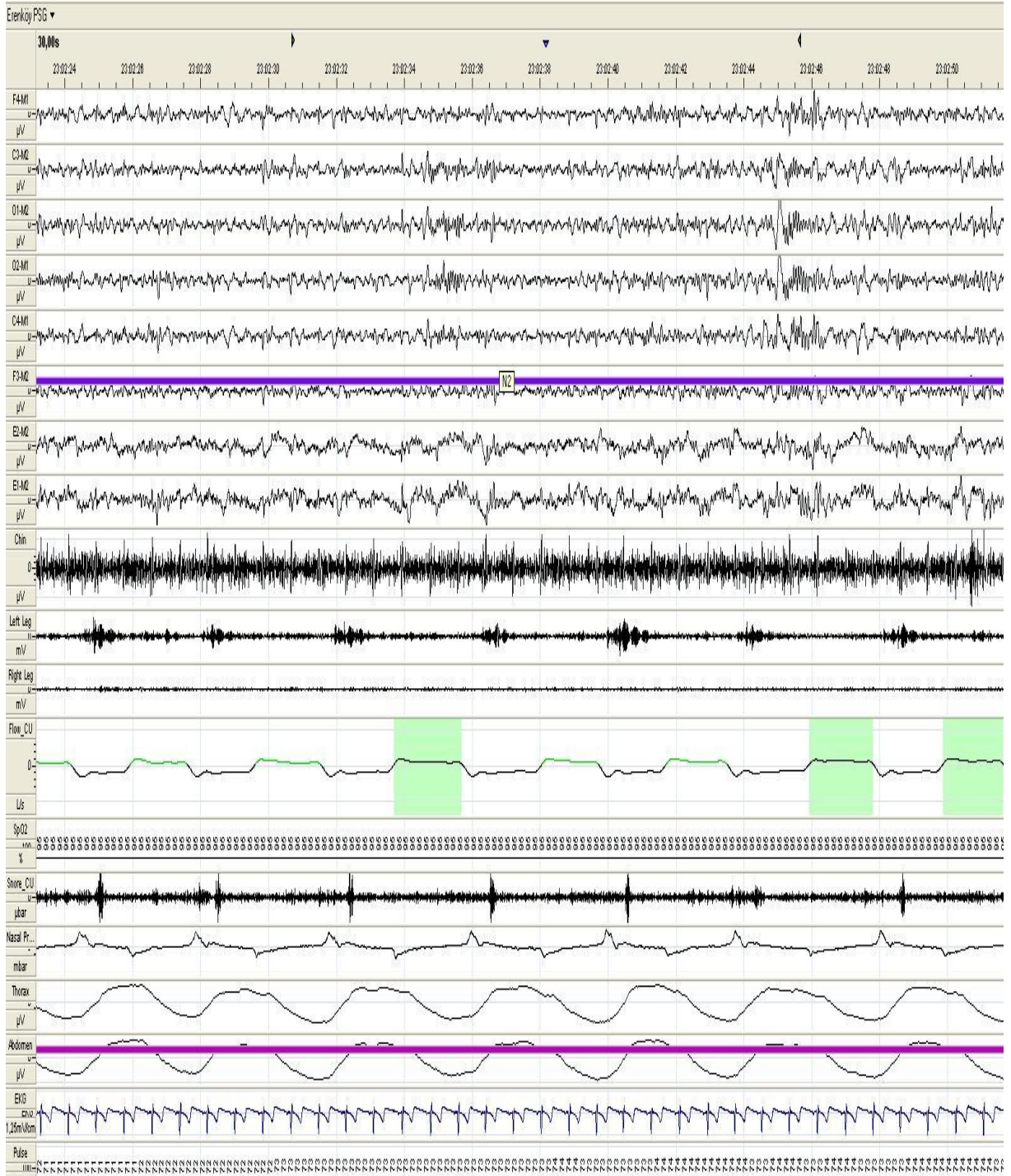
İnsanlarda beyin elektriksel aktivitesinin ilk kaydı 1925 yılında Hans Berger tarafından gerçekleştirilmiştir. Uyku süresince bedensel aktivitelerin eş zamanlı kayıt edilmesine polisomnografi (PSG) adı verilmektedir. Uyku evrelemesi için EEG, elektrookulografi (EOG), EMG gerekmektedir (Moser ve ark., 2008).

Uyanıklıkta, EEG düşük voltajlı hızlı bir aktivite göstermektedir. İstemli göz hareketleri ve göz açıp kapatmalar belirgindir. EMG'de yüksek tonik aktivitenin yanında istemli hareketlerle birlikte fazik aktiviteler vardır. Uykuya hazırlanırken gözler kapatıldığında özellikle oksipital bölgelerde belirgin olmak üzere alfa aktivitesi (8 - 13cps) vardır. Uykuya NREM ile girilir. İlk döngü uykunun başlamasından ilk REM'in sonuna

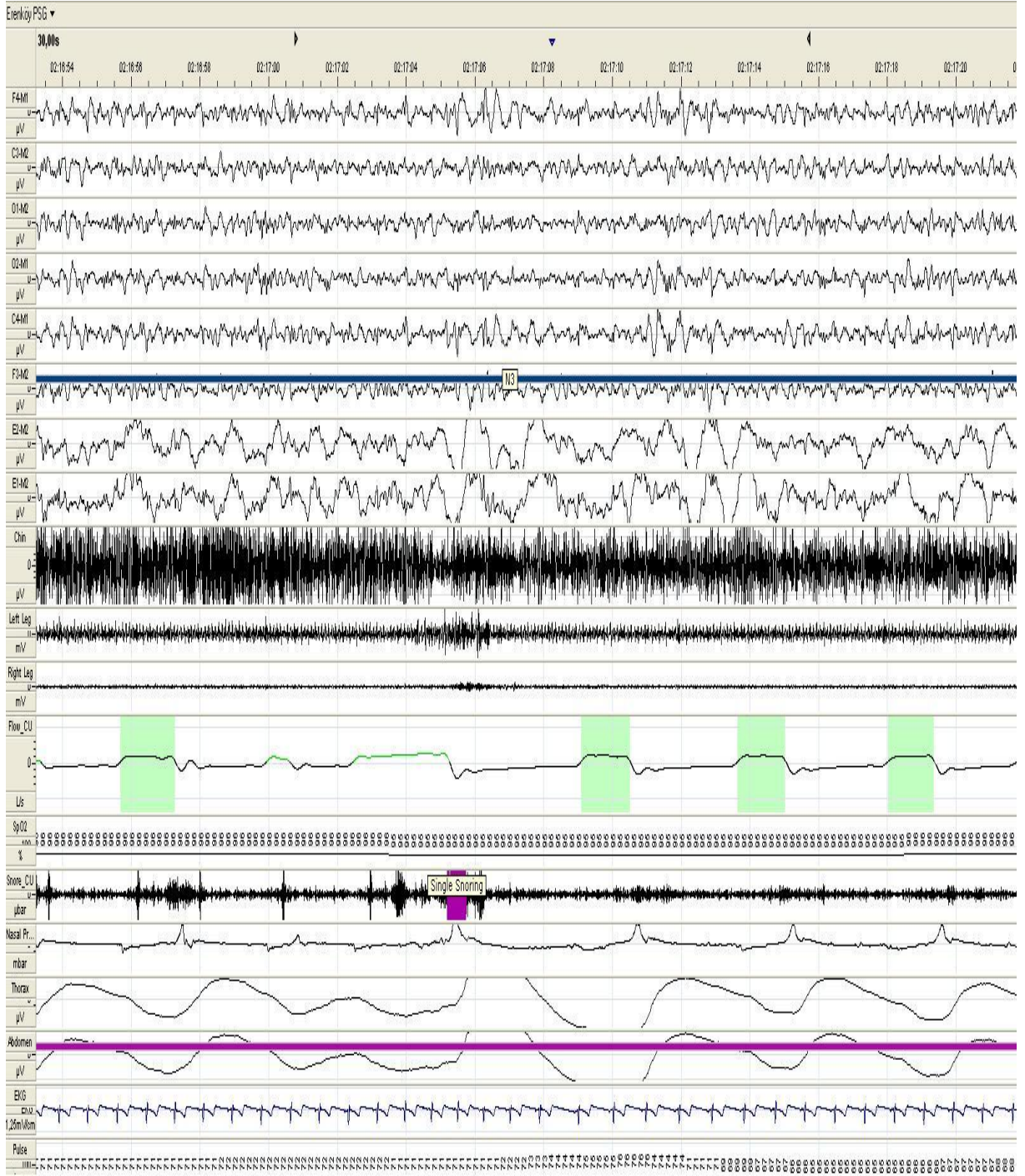
kadar sürer. Sonraki döngüler ilk REM' in sonundan sonraki REM sonuna kadardır. NREM uykuda üç dönem bulunmaktadır. Uykunun başlangıcındaki geçiş dönem olarak adlandırılan evre I de alfa dalgası ortadan kalkar, düşük voltajlı karışık frekanslı teta aktivitesi (3 - 7 cps) ve zaman zaman ortaya çıkan verteks keskin dalgaları ile ortaya çıkar. Göz hareketleri yavaşlamakta ve kas aktivitesinde gevşeme ortaya çıkmaktadır. Evre I tüm uykunun % 2 – 5'ni oluşturur. Evre II'de EEG de uyku içcikleri (12 - 14 cps) ve K kompleksleri bulunur. K kompleksi kortikal nöronların membran potansiyellerinde meydana gelen depolarizasyon ve hiperpolarizasyon zincirini yansıtan EEG paternidir. K kompleksi uyanmaya neden olabilecek bir uyarana karşı ortaya çıkan ve uykunun sürdürülmesini sağlayan bir aktivitedir. Bir başka görüşe göre de uykunun derinleştiğini gösteren bir göstergedir. K kompleksi yüksek amplitütlü negatif bir dalgayı izleyen pozitif yavaş dalgadır. Uyku içciği, sigma aktivitesi ya da sigma dalgası olarak da bilinir, 12 - 14 Hz frekans bandında görülebilir. Evre II tüm uykunun % 50 - 60'nı oluşturur (Zygierevicz ve ark., 2009). Evre III'de yavaş dalga bulunur. Bu dalgalara delta dalgaları denir. Bu döneme yavaş dalga uykusu, derin dalga uykusu ya da derin uyku denir. Bu dönemde uyarılma eşiği birinci döneme göre oldukça artmıştır. Göz hareketleri ve EMG aktivitesi de dönemler arttıkça azalmaktadır. Evre III tüm uykunun % 15 - 20'sini oluşturur (Zavada ve ark., 2009). REM uykusu tonik ve fazik olmak üzere iki döneme ayrılır. Tonik bölümler, I. Dönem EEG'de karışık frekanlı hızlı aktivite, EMG'de kas atonisi, ereksiyon ve klitoral genişleme, termoregülasyon kaybı vardır. REM döneminin fazik öğeleri ise düzensiz hızlı göz hareketleri, distal kas seyirmeleri, kardiyorespiratuar düzensizlik, pontogenikülooksipital dalgalar şeklinde kendini göstermektedir. REM evresi toplam uykunun % 20 - 25'ni oluşturur. Tüm gece uykusunun organizasyonuna bakıldığında, uykunun ilk üçte birlik kısmına derin yavaş uykunun, son üçte birlik kısmına REM döneminin hakim olduğu görülmektedir (Chokroverty 2008, Thorpy ve Plazzi, 2010, Baklan 2011).



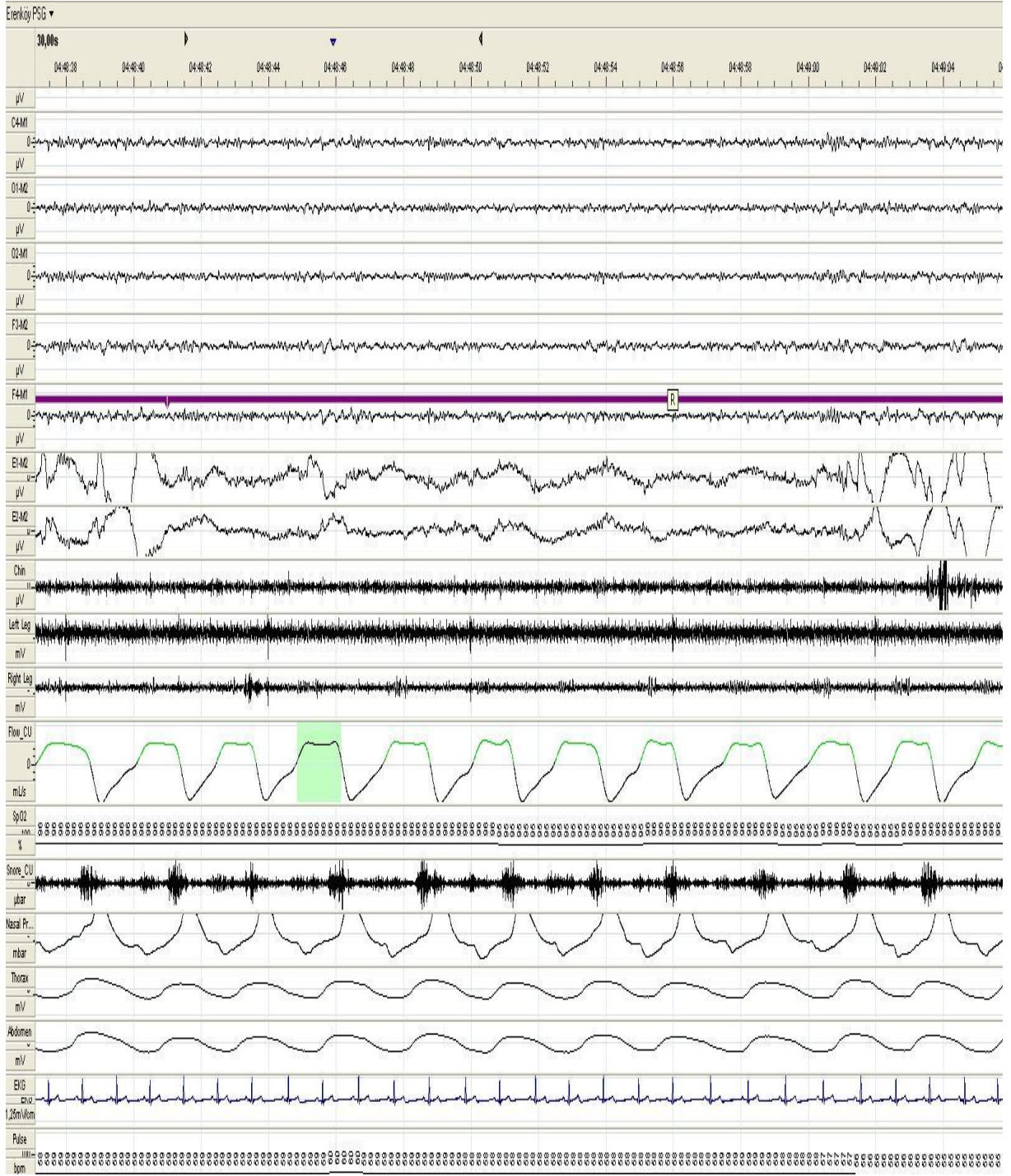
Şekil -1: Evre I NREM uykusu



Şekil -2: Evre II NREM uykusu



Şekil-3: Evre III NREM uykusu



Şekil-4: REM uykusu

2.2. UYKU BOZUKLUKLARI

2.2.1. İnsomnia

Uykusuzluk genel olarak uykuya başlamada güçlük; yeterli zaman ya da fırsat olmasına rağmen uykunun süresinde, bütünlüğünde ve kalitesinde yetersizlik ve gün içine yansıyan olumsuz sonuçları ile tanımlanır (Demir 2002).

Uyanıklık, NREM, REM uyku çeşitli nörotransmitter ve nöromodülatör arasındaki ilişki ile regüle edilir. Gerek NREM gerekse REM dönemindeki ani, geçici kortikal ve subkortikal arousalların beyin alanları ve periferik nöronal komponentleri de etkileyerek parasomni ile sonuçlandığı (Terzano ve ark., 2005) uykuda istem dışı tekrarlayıcı hareketler oluşturabileceği ve insomni ortaya çıkaracağı bilinmektedir (Tuncel ve Orhan, 2009). NREM uyku sırasındaki uykuyu düzenleyen nöronal yapılardaki persistan aktivitenin insomni gelişimi ve devamlılığında önemli olduğu vurgulanmıştır. Limbik ve parietal korteksteki bölgesel nöronal aktivite ile artmış metabolizma hızının insomni ile ilişkili olduğu ileri sürülmüştür (Daniel ve ark., 2011). İnsomni hastalarında REM uyku sırasındaki mikro ve makro arousalların arttığı gösterilmiştir. Persistan hiperarousalların özellikle REM uyku instabilitesi olmak üzere uyku devamlılığında değişiklik oluşturur. REM uyku sırasındaki arousalların bilinçli algılama, hafızayı etkileyerek uyku deneyimi ve kalitesini bozduğu düşünülür. REM uykusunun kronik fragmentasyonun özellikle REM uykusu sırasında aktive olan limbik ve paralimbik alanlarda disfonksiyon oluşturduğunu, bu durumun da prefrontal ve frontal alanlarda fonksiyon değişikliği ile emosyonel ve kognitif değişiklikleri arttırabileceği belirtilmiştir (Rieman ve ark., 2012, Nofzinger ve ark., 2004). İnsomni uyku hastalıkları, tıbbi hastalıklar, psikiyatrik hastalıklarda görülebilen bir semptomdur (Sateia 2009). Dissosiyatif davranışlar, kortikal girdi olmadan kompleks davranışlar oluşturabilen mezensefalondan medullaya kadar uzanan lokomotor merkezlerin varlığı ile açıklanmaya çalışılmıştır. Uykunun çok aktif bir proses olduğu akılda tutularak beyin sapı ve diğer aşağı merkezlerdeki etkileşim ile NREM ve REM uyku sırasındaki motor ve affektif davranışların olması şaşırtıcı değildir. Santral patern

generatörlerin parasomnilerdeki hareketlerden sorumlu olduğu da göz önüne alınarak gece içindeki davranış paternlerinin oluşması (Smith ve ark., 2008), parasomni, dissosiyatif bozukluk, insomnide gün içinde yorgunluk, dikkat, konsantrasyon ve bellek bozuklukları, sosyal ve mesleki işlevsellikte bozulma, irritabilite, enerjide azalma, gerginlik baş ağrısı ya da gastrointestinal semptomlar olabileceği beklenen bir durumdur (Neubauer ve ark., 2009, Ohayon ve Lemoine, 2004, Ağargün ve ark., 2003). DSM-IV-TR’de belirtildiği gibi psikolojik, tıbbi ve çevresel stresörlerin birçok uyku bozukluklarında olduğu gibi insomni, parasomni ve dissosiyatif bozukluklarda etkili olduğu bilinmektedir. Psikiyatrik değerlendirmeler, insomniyak hastalarda psikiyatrik hastalıklar sık olması nedeni ile yapılmalıdır (Demir 2002). Öykü ve klinik muayene bulguları sonucunda uykusuzluğun etiyojisine ilişkin bir açıklık getirilemediğinde ya da tedaviye yanıt alınamadığında polisomnografik değerlendirme yapılmalıdır (Demir 2002, Sateia 2009).

2.2.2. Uykuda solunum bozuklukları

Uykuda solunum bozuklukları; intermitant horlama, primer horlama, üst solunum yolu direnç sendromu (USDS), obstruktif uyku apne sendromu (OUAS), obezite hipoventilasyon sendromu (OHS), santral uyku apnesi (SUA) kapsar.

Parasomnide hem NREM hem de REM uykuda görülebilen arousal reaksiyonları EMG aktivite artışı ile vücut hareketlerinin olsun ya da olmasın birlikteliği apne, hipopne gibi solunum olayları ile sonlanabilen uyku bozukluklarından bağımsız ortaya çıkmaktadır. Parasomnide uykuda ortaya çıkan istenmeyen hareketlere sıklıkla otonom sinir sistemindeki değişiklikler eşlik etmektedir. Uyku ile ilişkili solunum bozuklukları sonucu gelişen apne ve hipopneler beyin sapındaki solunum ve kardiyak merkezler, kemoreflaks stimülasyon, baroreflaksler ve akciğer havalanması ile ilgili reflekslerin etkileşimini içeren otonom sinir sisteminin kuvvetli düzenleyici etkisi ile oluşur. Arousalalar otonomik bozuklukla oluşur (Leung 2009). Uykuda solunum bozuklarında hem NREM hem de REM uykusunda arousal reaksiyonları görülebilir sıklıkla EMG aktivasyonu ve vücut hareketleri ile birlikte görülür. USDS’de üst solunum yolunda havayolu direnç artışı, OUAS’de

tekrarlayan kısmi ya da tam havayolu obstruksiyonu, SUA’de santral solunum merkezi tutulumu sonucu parasomnideki klinik semptomlara benzer şekilde gece boyunca uyanıklık reaksiyonları, bruksizim, UG, uykuda hareket bozukluğuna benzer semptomlar oluştururken, gün içinde kilo alma ya da verme, impotans, depresyon, anksiyete, unutkanlık, dikkat eksikliği, yoğunlaşma güçlüğü, öğrenme problemleri, uykusuzluk semptomlarına yol açabilir (Kaynak ve Ardic 2010, Guilleminault ve ark. 2006). Hafıza ile ilgili bozukluklarda uyku sırasında gelişen mikroarousal sayısının en iyi belirleyici olduğu üzerinde durulmaktadır. Özellikle hipokampustaki uyku fragmentasyonu ile epizodik hafıza bozukluğu arasında ilişki olduğu düşünülmektedir (Daurat ve ark., 2008). Disosiyatif durumlarda da özellikle hipokampal ve orbitofrontal alanlarda perfüzyon değişiklikleri vardır (Şar ve ark., 2007). Benzer beyin bölgelerindeki etkileşimler klinik semptomların da örtüşmesine neden olacaktır. Uykuda Solunum Bozuklukları’nda tanı koydurucu fizik muayene bulgusu yoktur ancak olgulara geniş bir bakış açısı ile yaklaşp birçok branş tarafından değerlendirilmesi gerekir. Her hasta mutlaka ek tanı yöntemleriyle objektif olarak değerlendirilmelidir. Tanıda altın standart, tüm gece PSG tetkikidir (Abad ve Guilleminault, 2006).

2.2.3. Solunum bozukluğuna bağlı olmayan hipersomniler

Narkolepsi terimi ilk kez 1880 yılında Gelineau tarafından; aşırı gündüz uykululuğu, uyku atakları ve duygusal uyarılarla tetiklenen kas güçsüzlüğü dönemleri olan hastaları tanımlamak için kullanılmıştır. ICSD-2’ye göre narkolepsi; tipik olarak katapleksinin eşlik ettiği aşırı gündüz uykululuğu olan ve / veya uyku paralizisi ve hipnagogik halüsinasyonlar gibi REM uykusu dönemine ait bulguların eşlik ettiği bir hastalıktır (Öztura 2011).

REM uykusu sırasında postural kas tonusunda supresyon olmaktadır. REM uykusu sırasında motor kontrol paradoksaldır yani beyin aktivitesi maksimum iken motor aktivite minimumdur. REM uykusu sırasında iskelet kas sistemi somatik motonöronların güçlü şekilde inaktivasyonundan dolayı sessizdir. REM uykusu sırasında motonöron

fonksiyonundaki kayıplar önemlidir çünkü RDB ve katapleksi ya da narkolepsi gibi uyku bozukluklarına neden olabilir (Peever 2011).

Araştırmacılar narkolepsi, parasomni gibi uygunsuz gece deneyimlerini ve dissosiyatif belirtileri açıklayabilmek için uyku-uyanıklık siklus anormallikleri, stres ve travmanın üzerinde durmuşlar ve her üç durumun da bu bozukluklardan sorumlu olabileceğini belirtmişlerdir. Uyku ve uyanıklık siklus anormalliklerinde uyanıklık, NREM, REM uykuda durum belirleyici özelliklerin üst üste binmesi sonucu durumlar arasında geçiş olabileceği belirterek ateşleme hatası sonucu her üç durumun karışabileceği uygunsuz uyku deneyimleri ve dissosiyatif semptomların ortaya çıkabileceği belirtilmiştir. Uygunsuz uyku deneyimleri ve dissosiyasyon ortak mekanizma ya da patofizyolojiyi paylaşıyorsa gündüz ve gece oluşacak semptomlar da benzer özellikler gösterecektir (Koffel ve Watson, 2009). Sonuçta gece UG, UT, KA, gün içinde aşırı gündüz uykululuğu, evinden kilometrelerce uzağa gitmeye çalışmak, çaya tuz koymak gibi planlanmamış uygunsuz hareketler gibi ortak semptomlar görülebilir (Öztura 2011). Narkolepsinin ayırıcı tanısı için PSG yapılabilir. PSG’de uzamış uyku süresi ve artmış derin yavaş dalga uyku oranı dışında genellikle normaldir (Ali ve ark., 2009).

2.2.4. Sirkadyen ritm bozuklukları

Kişinin fizik ve sosyal koşullarına uygun olan uyku-uyanıklık zamanlamasının bozulduğu klinik durumların karşılığıdır. ICSD-2’ye göre sirkadyen ritm bozuklukları şunları içerir; sirkadyen döngünün zamanlamasında değişikliklere ya da endojen sirkadyen ritm ile çevresel uyaranlar arasındaki dengesizliklere bağlı olarak uyku zamanlaması kalıcı ya da tekrarlayıcı bir biçimde bozulması, insomniye, aşırı uykululuğa ya da her ikisine neden olması, fonksiyonel kayıplara yol açması, başka bir uyku bozukluğu ya da hastalıkla daha iyi açıklanamamasıdır (Sevim 2011).

Uyanıklık ve uyku beyin aktivitesi için yarışan antagonistik durumlardır. NREM ve REM uyku birbirinden farklı durumlardır ve beyin sapındaki nukleuslar, hipotalamus, bazal ön beyin ve talamus aktivitesi ile sürdürülür. Psikososyal, psikofizyolojik, nörogelişimsel ve tıbbi faktörlerin etkileşmesi sonucu çeşitli uyku hastalıkları ve psikiyatrik hastalıklar ortaya çıkabilir (Culebras 1992). Parasomnisi olan kişilerde EEG araştırmalarına odaklanılmıştır. Uyku siklusu boyunca görülen endogen ya da çeşitli uyaranlar sonucunda oluşan arousalların, yavaş EEG özelliklerinden K kompleks, geçici delta aktivitesi ile teta, alfa ya da beta ritminin EEG de şifti olmadıkça arousal olarak skorlanmayacağı belirtilmektedir (Halasz ve ark., 2004). Yakın geçmişte yapılan çalışmalarda ilk uyku siklusunda NREM-REM uyku boyunca delta gücünde azalma ve ikinci uyku siklusunda beklenen delta gücünün düşük olduğu gösterilmiştir (Guilleminault ve ark., 2003). Uyku homeostazisi EEG’de uyanıklıkta alfa ve teta dalgaları, uykuda da delta gücünün ölçümü ile gösterilir. Uyku homeostazisi uyanıklık süresi ile ilişkilidir ve uyku uyanıklık paterninin ana düzenleyicisidir. Uyku kısıtlaması, sirkadyen döngünün zamanlamasında değişiklikler gibi faktörlerle uyku yoğunluğu artar ve uyku instabilitesi nedeni ile kişinin performansı düşer. Sirkadyen ritm bozukluğu olan kişilerde EEG’de NREM uykuda özellikle delta gücünün daha kuvvetli olduğu belirtilmiştir. Polisomnografik olarak farklı özellikler gösteren sirkadyen uyku bozuklukları ve parasomni hastalarının klinik olarak insomni, hipersomni ve nörodavranışsal belirtilerin benzer olması bu hastaların ayırımında objektif testlerin kullanılmasını ön plana çıkartmaktadır (Galliaud ve ark., 2008).

2.2.5. Uyku ile ilişkili hareket bozuklukları

Huzursuz Bacak Sendromu (HBS), Peryodik Bacak Hareketleri Sendromu (PBHS), Uyku İle İlişkili Ritmik Hareket Bozukluğu (UİRHB), Uyku İle İlişkili Bacak Krampları, Uyku İlişkili Bruksizm bu başlık altında incelenmektedir.

Bazı psikiyatrik hastalıklar uyku bozuklukları ile birlikte olabilir ya da onların sıklığını arttırabilir. Çocukluk çağı travmatik olayları ile disosiyatif bozukluk ve uyku bozukluğu

ilişkisi gösterilmiştir (Lowenstein ve Putnam, 2007). Yakın tarihli bazı çalışmalar ise, disosiyatif bozuklukların parasomni gibi uyku bozuklukları ile ilişkisine dikkat çekmektedir (Thorpy ve Plazzi, 2010). Disosiyatif bozukluğu olan hastalarda EEG değişiklikleri, NREM uyku evresinde ve sıklıkla uykunun ilk yarısında görülür. UİRHB çoğunlukla çocuklarda görülen, büyük kas gruplarının etkilendiği, tekrarlayıcı ve ritmik, stereotipik hareketlerin olduğu bir tablodur. Bazı UİRHB olguları ergenlik dönemi ve erişkinlikte dirençli olarak sürer (Anderson ve ark., 2006, Su ve ark., 2009). UİRHB % 75-80 oranında NREM uyku sırasında ya da uyku-uyanıklık geçiş dönemleri sırasında, yaklaşık % 6'sı gece boyunca ve % 10'u da hem gece boyunca hem de sabaha karşı uyanırken görülmektedir (Alves ve ark., 1998). Bir çalışmada 24 UİRHB hastasının 5'inde (% 20.8) hareket bozukluğunun REM uykusu sırasında ortaya çıktığı bildirilmiştir (Mayer ve ark., 2007). Kempnaers ve arkadaşları diğer uyku evrelerinde olan ama daha çok REM uykusunda ortaya çıkan UİRHB olan bir hasta tanımlamışlardır. Ritmik hareket döneminin REM uykusu sırasında ortaya çıktığı az sayıda olgu bildirimi bulunmaktadır (Anderson ve ark., 2006). Pelin ve ark. (2012), yuvarlanan beden hareketinin (Jactatio corporis nocturna) REM uykusu sırasında ortaya çıktığı, disosiyatif bozukluk tanımlı erişkin bir hastadan bahsetmektedirler. Disosiyatif durumlarda da özellikle hipokampal ve orbitofrontal alanlarda perfüzyon değişiklikleri vardır (Şar ve ark., 2007). Buna ek olarak çocukluk çağı travmasının nörogelişimsel sürece etkisi, orbitofrontal bölgede bilateral perfüzyonu azaltmak şeklindedir (Thorpy ve Plazzi, 2010). Oluşum hipotezlerinden birine göre UİRHB, öğrenilmiş, gerilim azaltıcı bir telafi mekanizması ile ortaya çıkar (Kempnaers ve ark., 1994). Bu hipotez aynı zamanda disosiyasyon için de geçerlidir (Ağargun ve ark. 2003a).

PBHS ile birlikte insomni, narkolepsi, uyku apnesi gibi birçok uyku bozukluklarının birlikteliğinden bahsedilmektedir. Bu hastalarda döngüler uyku başlangıcında bozukluk ve / veya gece boyunca ortaya çıkan arousallar şeklinde görülür. PBHS'nin PSG incelemesinde hareketlerin K kompleksler, kısa arousallar ya da uyanıklıkla ilişkili olabileceği üzerinde durulmuştur. Parasomnide uykunun hem NREM hem de REM döneminde ortaya çıkabilen arousalların 16 Hz'den büyük dalgalar olması, uykunun en az 10 saniyelik bölümünde yer alması, EMG aktivitesi ile birlikte görülmesi tipiktir. PBHS'de görülen mikroarousalların neden olduğu uyku kalitesinde bozukluk olabileceği üzerinde durulurken, gün içi uykululuk ile PBH indeksi arasında ilişki olamadığı da belirtilmektedir

(Bastuji ve Larrea, 1999). Uykunun bölünmesi ile ortaya çıkabilecek klinik hem parasomni hem de uyku ilişkili hareket bozukluğu ile benzer olabileceği de göz önüne alındığında ayırıcı tanıda PSG ön plana çıkar (Duffy ve ark., 2011).

2.2.6. Parasomniler

2.2.6.1. Tanımı

Parasomni değişik uyku evrelerinde ortaya çıkan anormal davranışsal ve fizyolojik olaylarla karakterize uyku bozukluğudur. Çoğunlukla kişinin kendisi veya çevresindeki kişiler için tehlikeli olabilecek yaralama, intihar ya da cinayetle sonlanabilecek potansiyel olarak tehlikeli davranışlar olabilir. Erişkin hayatta nadir olarak görülen uyku bozukluğudur. Parasomniler ICSD – 2 de üç ana grupta toplanır, bunlar: Arousal Bozuklukları, REM Uykusu İle İlişkili Parasomniler ve Diğer Parasomniler'dir.

2.2.6.2. Tarihçe

Parasomni ile ilgili çalışmalar 1932'de Kouretas ve Scouras'ın gece kâbusu olan bir hastalarında kas tonusunun kalktığını bildirmeleri ile başlamıştır. Yine aynı yılda Henri Roger Parasomni ile ilgili 'Les Troubles du Sommeil-Hypersomnies, Insomnies, Parasomnies' isimli monografında ele almış ve çocuklardaki UT ile ilgili somnambulistik döngüsü yayınlamıştır. 1935'de Kanner UT'nin klinik tanımlamasını yapmıştır. Birçok fenomenin NREM uyku evre 3,4'de olduğunu belirterek çocuklarda mesane basıncının bu dönemde yükseldiğini ve enurezisle sonuçlandığını bildirmiştir. Kalen ve Jacobson da özellikle uyku ile ilişkili olayların NREM evre 3,4'de olduğunu, kişinin çevreden farklılaştığını ve takip eden sabah tam bir amnezi olduğunu belirtmiştir. Bu çalışmalar 1967'de Bologna'da düzenlenen EEG 15. Avrupa Toplantısı'nda tartışılmıştır (Thoropy ve Plazzi, 2010). Broughton (1968) UT, UG, kafa vurmasının etyopatogenezini sorgulayarak NREM uykudaki uyku bozuklukları olduğunu belirtmiştir (Lowy 1970). Kales ve

Jacobson, parasomninin genetik boyutu değerlendirilmiş ve monozigotik ikizlerde daha sıklıkla görüldüğü belirtilmiştir (Young 2008). Boylamsal çalışmalarda bulunan başka bir önemli bilgi de kronik ya da alışagelmış UG'de 5 yaşından 16 yaşına kadar enürezisin olduğu belirtilmiştir (Thoropy ve Plazzi, 2010). Zucconi (1995), parasomnide EEG araştırmalarına odaklanılmış, siklik alternan patern (SAP) skorlama sistemini kullanmıştır. Birçok parasomni hastasında SAP oranında anormal olarak artış bulmuştur (Bican ve ark., 2008). Yakın geçmişteki bir çalışmada EEG kullanmış ve kronik parasomnisi olan kişilerde ilk uyku siklusu boyunca delta gücünde azalma olduğu gösterilmiştir (Guilleminault ve ark., 2003). EEG, uyku ile ilişkili epilepsi, RDB olan kişilerde NREM uykuyu REM uykudan ayırt etmede de kullanılmıştır. Kedilerde yapılan lokus seruleusun simetrik bilateral dorsolateral pontin serebellar lezyonlarında REM uykusunda anormal atoni ile ilişkili olduğu ve anormal hareketlerle birlikte olduğu belirtilmiştir (Boeve ve ark., 2007). NREM uykuda epileptik hastalıklara bağlı anormal davranışların nadir olduğu uyku ilişkili nöbetlerde PSG çalışmaları sıklıkla frontal lob kaynaklı olduğunu göstermiştir. Yapılan çalışmalarda istatistiksel analizlere dayanarak ayırım yapılmaya çalışılmış fakat her zaman için geçerliliği olmamıştır (Provini ve ark., 1999).

2.2.6.3. Epidemiyoloji

Parasomni insidansı ya da prevalansı hakkındaki bilgilerimiz sınırlıdır. Parasomniler genel popülasyonda sıktır, kişilerin % 30'undan fazlası parasomni tiplerinden en az birini deneyimlemiştir (Thoropy ve Plazzi, 2010). Birçok parasomninin genetik komponenti olduğu yönünde artan çalışmalardan bahsedilmektedir (Thiedke 2001). Parasomniler; uykunun primer bozukluğu olarak ortaya çıkabileceği gibi altta yatan çeşitli bozukluk ve belirtilere ikincil olarak da ortaya çıkabilir.

KA ile ilgili epidemiyolojik çalışmalar azdır. 3-13 yaş arasındaki çocuklarda görülme ihtimalinin % 25 - 40 (Mindell ve Melzer, 2008) olduğu belirtilirken, diğer taraftan ise genel popülasyonda % 4.2, 15 - 24 yaş arasında % 6.1, 25 - 34 yaş arasında % 3.3, 35 yaştan sonra % 2 (Ohayon ve Schenck, 2010) görüldüğü belirtilmiştir (Laberge ve ark.,

2001). UG çocuklukta çok sıktır, % 5 ile 30 arasında görülür. Bu hastalık erişkin hayatın erken dönemlerinde de görülür. Bazı otorlere göre erişkin hayatta genel popülasyonda % 2 - 5 arasında görüldüğü belirtilmektedir. Prevalansı yaşla birlikte düşmektedir, 15 - 24 yaş arasında % 4.9, 65 yaş üzerinde % 0.5 oranında görülmektedir (Pressmann 2007, Matwiyoff ve Lee-Chiong, 2010). UG'nin genetik yönüne dikkat çekilmiş ve UG ebeveyni olan kişilerin çocuklarında UG görülme oranı % 14 iken olmayan ebeveynlerin çocuklarında olma ihtimali % 2 oranında olduğu belirtilmiştir (Thoropy ve Plazzi, 2010). UG gibi UT de çocukluk çağında sıktır ama UG'den daha az görülür (Broughton 1994). Çocukların % 1 - 6.5'unda UT görülür ve prepubertel çağda tekrarlayan döngüler olabilir. Genel erişkin popülasyonunda UT'nün prevalansı haftalık döngüler olarak % 1, daha az bölümü için % 2 oranında görülür (Nguyen ve ark., 2008).

REM uykusu ile ilişkili parasomniler üç başlıkta toplanır: KB, Rekküren İzole Uyku Paralizileri ve RDB'dir. KB çocuklukta sıktır. Cinsiyet ayrımı yoktur. Sıklığı % 2 - 11 arasında değişir (Schred 2010). Erişkinlikte KB olan kişilerin 1/3'ünde çocukluğunda semptomların başladığı saptanır. Erişkin popülasyonun % 5'inde gece kabusu en az haftada bir kere olduğu ve % 1 - 5 arasında sıklıkta görüldüğü belirtilmiştir. Kadınlarda erkeklerden 2-4 kat daha fazla görüldüğü üzerinde durulmuştur. Kâbusların etyolojisinde genetik rolden bahsedilmektedir (Schred 2010, Li ve ark., 2011). Uyku paralizi narkolepsinin ana semptomudur, fakat tek başına da olabilir. Çalışmalarda sıklığı değişken olarak bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda sıklığı % 4.7 ile 41 arasında değiştiği belirtilmektedir (Wing ve ark., 1999). Yapılan epidemiyolojik çalışmada yaşları 15 – 99 arasında değişen popülasyonda hayatları boyunca uyku paralizi deneyimini % 0.8 – 6.2 oranında yaşadıkları saptanmıştır (Ohayon ve ark., 1999). RDB hastaların çoğu 60 yaş üzerindedir, 4 hastadan 1'inde nörolojik bir hastalık vardır. Bu hastalık sıklıkla erkeklerde görülür. % 25 hastada 10 – 40 yıl öncesinde uykuda konuşma ve ekstremitelerde jerk bulunur, bunlar prodromal belirti olarak kabul edilir. RDB ile ilgili genel popülasyondaki prevelans çalışmaları yetersiz olmakla birlikte ICSD -2'de % 2 olduğu belirtilmekle birlikte bu oran bazı çalışmalarda % 0.5 olduğu saptanmıştır (Olson ve ark., 2000).

Diğer parasomniler olarak; Uyku İlişkili Dissosiyatif Bozukluk, Uyku Enürezisi, Katatreni, Patlayan Kafa Sendromu, Uyku İlişkili Halüsinasyonlar, Uyku İlişkili Yeme Bozukluğu, Tanımlanamamış Parasomni ve Madde ya da İlaç ya da Tıbbi Duruma Bağlı Parasomniler vardır. Bu grupların prevalansı ile ilgili çalışmalar çok azdır. Uyku enürezisi gece yatağı ıslatma olarak adlandırılan bu durum çocukluk çağında sıktır yaşla birlikte sıklığı azalır. 4 – 5 yaşlarda prevalans % 20 -30 arasında iken erişkinlikte bu durum % 2 oranındadır. Çocuklarda erkeklerde daha sık görülürken erişkinde cinsiyet arasında farklılık olmadığı belirtilmektedir (Caldwell ve ark., 2005). Uyku ilişkili halüsinasyon uykunun başlangıcı (hipnogojik halüsinasyon) ya da uykudan uyanma sırasında (hipnopompik halüsinasyon) şeklinde olur. Genel populasyonda hipnogojik halüsinasyon sıklığı ile ilgili yapılan çalışmalarda oranın % 25 – 37, hipnopompik halüsinasyonun ise % 7 – 13 oranında görüldüğü saptandığı, oranın yaşla birlikte azaldığı ve kadınlarda erkeklere göre daha sık olduğu belirtilmektedir (Cheyne ve ark., 1999).

2.2.6.4. Hazırlayan faktörler

Birçok olay parasomniyi alevlendirebilir. Genel kural olarak, uyku fragmentasyonuna neden olan herhangi bir olay ya da yavaş dalga artışı yatkın kişilerde parasomni ile sonuçlanabilir. Sonuç olarak birçok medikal, nörolojik, psikiyatrik ve hatta diğer uyku bozuklukları uykuyu bozabilir parasomni nedeni olabilir (Thoropy ve Plazzi, 2010). Çalışmaların sınırlı olmasına rağmen çocuklarda parasomninin daha çok gelişimsel olduğu, erişkin yaştaki parasomnilerin daha çok psikolojik hastalıklar ve tıbbi durumlara bağlı olduğu üzerinde durulmaktadır (Guilleminault ve ark., 2005). Parasomni çocukluk çağında sıklıkla görülmesine rağmen erişkin dönemde azalarak kesilir. Yaşla birlikte ile N3 uyku fazındaki uykunun azalması ve Santral Sinir Sistemi (SSS) matürasyonunun olgunlaşması, bu parasomninin erişkinde daha az görülmesinin nedeni olabilir (Matwiyoff ve Chiong, 2010, Mason ve Pack, 2007).

Fiziksel, seksüel ya da duygusal istismar, zorlu boşanmalar, sevilen birinin kaybı gibi durumların varlığı parasomni nedeni olabilir. Fiziksel ya da cinsel travmaya uğramış,

PTSB'si olan kişiler uyku ilişkili dissosiyatif bozukluğa predispozan oluşturabileceği üzerinde duran çalışmalar vardır (Zoroğlu ve ark., 2000, Gölge 2005, Dutra ve ark., 2009). Erişkinlerde, psikiyatrik hastalık ve UG/UT gibi hastalıkları arasında ilişkiyi tanımlamaya yönelik çalışmalar yetersizdir. Bununla birlikte parasomnisi olan hastaların çoğunda bipolar bozukluk, psikotik olmayan depresif bozukluk, anksiyete bozuklukları tanımlanmıştır. KA, uyku ile ilişkili halüsinasyonlar, uyku ilişkili dissosiyatif bozukluğun anksiyete bozukluğu ve duygudurum bozuklukları ile ilişkisi yönünde çalışmalar yapılmıştır (Abad ve Guilleminault, 2005). Parasomni ateşli hastalıklar, SSS supresyonu yapan ilaçlar ve madde kullanımı, psikososyal stres faktörleri, uyku yoksunluğu, uykuda solunum bozuklukları nedeni ile tetiklenebilir ya da şiddetlenebilir (Kaynak ve Ardıç, 2011). Ayrıca uyku deprivasyonu, alkol tüketimi, yatmadan önce hipnotik ve trankilizanların kullanılması ile uykudan ani uyanmalar olabileceği belirtilmiştir (Schenk ve ark., 1989).

2.2.6.5. Klinik özellikleri

2.2.6.5.1. Arousal bozukluklar (AB)

KA, UG ve UT olmak üzere üç grupta incelenir. Genellikle yavaş dalga sırasında ya da yavaş dalgaya geçiş sırasında yani gecenin ilk yarısında oluşur. Bu durum NREM parasomnisi olarak da adlandırılır. Birçok uzman üç NREM parasomnisinin hastalık spektrumunun bir parçası olduğunu, KA'ların bir uçta, UG'nin ortada ve UT'nin diğer uçta olduğunu düşünür. Özellikle erişkinlerde üçü arasında klinik olarak farklılığın bazı zamanlarda belirlenmesi zordur (Laberge ve ark., 2000, Mahowald ve ark., 2005).

KA gece ya da sabaha yakın uyanma esnasında görülen mental konfüzyondur. Fizyolojik olarak konuşma, dış uyarana serebral aktivasyon ile NREM uykudan uyanıklığa geçiş şeklinde değişiklikler olur. Hastalar uyanık gözükürler ama hareketleri uygunsuzdur, hafıza sorunu yaşarlar, zaman ve yere oryante değildirler, zihinsel faaliyet ve konuşmaları yavaştır. Döngülerde uyanma güçlükleri vardır. Kompleks davranışlar olabilir, kendisi ya da diğer kişileri tehlikeye sokabilir (Thoropy ve Plazzi, 2010).

ICSD-2 tanı kriterleri:

A. Hastanın kendisinin ya da bir görgü tanığının, uyanıklık ve uyanma üzerine yenilenen mental konfüzyon olduğuna ilişkin bir yakınmasının olması.

B. Kendiliğinden ortaya çıkan konfüzyon döngüleri (zorla uyandırma nedeni ile de ortaya çıkabilir).

C. Bu döngülerde korku, yürüme davranışı ya da belirgin halüsinasyon olmaz.

D. PSG, yavaş dalga uykusundan uyanmaları gösterir.

E. Parsiyel kompleks nöbetler gibi başka tıbbi bozukluklar eşlik etmemektedir.

F. Uykuda korku duyma, uykuda yürüme gibi bu yakınmaya neden olan başka uyku bozukluklarının tanı kriterlerini karşılamaz.

Minimum kriterler: A, B, E ve F maddeleri.

UG genellikle uykunun ilk döngüsünde NREM uyku 3 evrede olan bir parasomnidir. Otomatik hareketlerle karakterizedir, çevresindeki olaylardan habersizdir, dış uyaranlara cevap vermez. UG yataklarını terk ederler, odada yürürler, hedef yönelik kısmi davranışlar ve araba sürmek gibi kompleks motor hareketler yapabilirler. Uyandıklarında döngü ile ilgili kısmi ya da tam amnezi vardır.

ICSD-2 tanı kriterleri:

A. Uykuda gezinme ortaya çıkar.

B. Daha çok prepubertal çağda başlar.

C. Eşlik eden özellikler şunlardır: a. Döngü sırasında hastayı uyandırmakta zorluk çekilir. b. Döngüden sonra amnezi olur.

D. Döngüler daha çok, uyku döngünün ilk üçte birlik bölümünde ortaya çıkar.

E. Polisomnografik izlem döngünün başlangıcının derin yavaş uyku sırasında olduğunu gösterir.

F. Başka tıbbi ve psikiyatrik bozukluk bulunabilir; ancak bunlar söz konusu semptomu açıklayamazlar.

G. Gezinme, REM uykusu davranış bozukluğu ya da uykuda korku duyma gibi bozukluklara bağlı değildir.

Minimum kriterler: A, B ve C maddeleridir.

UT de NREM uyku evre 3 de görülür. Tipik olarak bu döngülerde ani uyanma ile birlikte çılgılık da olur. Kişi genellikle döngü boyunca sakinleştirilemez. Uyandığında kavga ettiği rüyası ile ilgili tam ya da kısmi amnezi vardır.

ICSD-2 tanı kriterleri:

A. Uyku sırasında aniden başlayan yoğun bir korku döngüsü vardır.

B. Bu döngüler genellikle gecenin ilk üçte birlik bölümünde ortaya çıkar.

C. Döngü sırasında olan olaylar için kısmi ya da tam bir amnezi ortaya çıkar.

D. PSG, döngülerin N3 uykusunda başladığını gösterir. Döngülerde genellikle taşikardi eşlik eder.

E. Diğer tıbbi bozukluklar, döngünün nedeni değildir.

F. Bireyde başka uyku bozuklukları bulunabilir.

Minimum kriterler: A, B ve C maddeleri

2.2.6.5.2. REM uykusu ile ilişkili parasomniler

Otonomik belirtiler, olayın hemen sonrasında uyanma eşiğinin düşük olduğu, yaşanan atağın detayları hatırlanıp anlatılabildiği parasomnilerdir. Genellikle REM uykusunun yoğun olduğu gecenin ikinci yarısında ortaya çıkabildiği gibi öncesinde uyku yoksunluğu ya da REM'i baskılayan ilaçların kullanıldığı durumlarda gecenin birinci yarısında da ortaya çıkabilir. Bu hastalılar içinde KB, uyku paralizileri ve RDB yer alır (Kaynak ve Ardiç, 2011).

Kâbuslar en sık gözlenen AB'un aksine olguların kolayca uyandığı, rüyalarını kolayca hatırlayıp, anlattıkları uyku bozukluğudur. KB'nin karakteristik özelliği; tekrarlayıcı, yüksek düzeyde anksiyeteye yol açan saldırıya uğrama korkusu, izlenme, yaralanma ve ölümle ilgili düşüncelerdir (Laberge ve ark., 2001). Kişi uyandığında otonomik uyarılmaya bağlı terleme, taşikardi, taşipne görülebilir (Matwiyoff ve Lee-Chiong, 2005). Psikiyatrik hastalıklar bu hastalarda daha sıktır. Çocuklar ve adölesanlarda travma ve istismar öyküsü mutlaka sorgulanmalıdır. TSSB'si ve anksiyete bozukluğu olanlarda KB daha sıktır (Borneman ve ark., 2006). PSG'de REM uykusundan uyanmadan önce kalp ve solunum hızında artma görülür. Ayırıcı tanıda en çok UT ile karışabilir (Kaynak ve Ardiç, 2011).

Tekrarlayan uyku paralizileri; uykunun başlangıcında ya da uykudan uyanma sırasında ortaya çıkan gövde ve tüm ekstremiteleri hareket ettirememeye ile karakterize bir durumdur. Ataklarda genellikle yoğun bir anksiyete vardır. Sıklıkla çocukluk çağında ve adölesan döneminde başlar. PSG'de; REM uykusundan uyanma, REM uykusuna alfa intrüzyonu, uyanıklıkta REM tipi atoninin devam etmesi görülebilir (Sturzenegger ve Basetti, 2004).

RDB; REM uykusu sırasında normalde olması gereken atoninin kaybı ve görülen rüyanın içeriği ile ilişkili olarak ortaya çıkan kompleks motor aktivite ile karakterize bir durumdur. (Postuma ve ark., 2009). RDB'nin akut ve kronik olmak üzere iki ayrı klinik

görünümü vardır. Akut RBD, bazı ilaçların kullanılması, madde kullanımı ve bırakılmasına bağlı olarak ortaya çıkar. Kronik RBD ise sıklıkla erkeklerde ileri yaşta görülür ve Parkinson Hastalığı, Multisistem Atrofi, Sinükleopatiler gibi nörodejeneratif hastalıklarla veya sekonder narkolepsi gibi organik durumlarla ilişkili olduğu gözlenmiştir (Kaynak ve Ardiç, 2011). REM uykusunda konuşma ve parsiyel ekstremite hareketleri gibi prodromal bir dönem vardır ve bu dönem ortalama 22 yıl sürer (Postuma ve ark., 2001). RBD’de kortikal aktivitede bozulma, dopaminerjik inervasyonda azalma, otonomik anormallikler, nöropsikolojik bozukluklar gibi birçok nörolojik anormallikler bildirilmiştir (Olson ve ark., 2000). RBD olgularının uykuları oldukça iyidir ve narkolepsi eşlik etmiyorsa gündüz uyuklamaları yoktur. Hasta ve yatak arkadaşı: uykuda konuşma, gülme, küfretme, tekme atma, yataktan fırlama, çılgılık atma gibi rüya içeriği ile uyumlu hareketler tarifler. Gecede 2-3 kere olabileceği gibi haftada birkaç kez de olabilir. RBD’nin erken başlangıçlı alt tipi haricinde genellikle UG ve UT hikâyesi yoktur. RBD tanısında klinik öykü önemlidir. Bu kişiler gündüz uyanık olduklarında herhangi bir anormallik, sinirlilik tarif etmezler. Kesin tanı için PSG incelemesi video kayıt eşliğinde yapılmalıdır. PSG incelemesinde uyku örüntüsü ve uyku kalitesi çoğunlukla normaldir. RBD bulguları REM uykusundan uyanırken değil REM uykusu sırasında olur. REM uykusu sırasında submental EMG tonusunda artış ya da submental ve bacak fazık EMG seğirmesinde artış tonik fazının azalması, fazık fazında aktivasyon saptanmalıdır. NREM parasomnilerin tersine RBD olan hastalarda taşikardi pek görülmez (Kaynak ve Ardiç, 2011). Parasomni overlap bozukluğu; RBD ile birlikte UG ve / veya UT’nün olmasıdır (Bornemann ve ark., 2006).

2.2.6.5.3. Diğer Parasomiler

Uyku Uyanıklık Geçiş Bozuklukları, uyanıklıktan uykuya geçiş sırasında ortaya çıkan parasomnilerdir. Ritmik hareketler, uyku sırasında sıçrama, uyku sırasında konuşma, nokturnal bacak krampları olabilir. Ritmik Hareket Bozuklukları (RHB); genellikle uyanıklıktan uykuya geçiş sırasında ve yüzeysel uyku sırasında ortaya çıkan, baş, boyun ya da tüm vücudun tekrarlayıcı hareketleri ile karakterizedir (Matwiyoff ve Lee-Chiong, 2005). Uykuda sıçramalar; uyanıklıktan uykuya geçiş sırasında görülen özellikle alt ekstremitelerde belirgin olan, ani ve kısa süreli kas kontraksiyonları şeklindedir (Walters

2007, Kaynak ve Ardıç, 2011). Uykuda konuşma; uyku sırasında farkında olmadan sesler çıkarma ile karakterizedir. Uykunun herhangi bir evresinde olabilir. RDB ya da obstruktif uyku apnesi gibi uyku bozukluklarının habercisi olabilir (Thoropy ve Plazzi, 2010). Gece bacak krampları; genellikle baldırda ortaya çıkan ağrılı kas krampları şeklindedir. Ağrı uykunun bölünmesine neden olur. Metabolik hastalıklar, diyabet, periferik nöropati, nöromusküler hastalıklar, Parkinson Hastalığı, hamilelikte görülebilir (Obeler ve ark., 1999, Budhirija 2007).

Uyku ile ilişkili inleme, uykunun özellikle rüyaların görüldüğü dönemlerde ortaya çıkan solunum düzensizliklerine, nefes verme sırasında inler gibi monoton bir ses eşlik etmesidir (AASM 2007). Beyinde solunumu düzenleyen merkezlerin fonksiyonlarının bozulması, REM uykusunda gevşemiş olan üst solunum yollarının yerçekimi etkisi ile solunumu daralması gibi mekanizmalar ileri sürülmüştür. İnleme sesi yalnız ekspiriumda ortaya çıkar, 2-20 sn sürer. İnleme, kuvvetle burundan hava çıkararak sonlanır ve kalp hızındaki artış buna eşlik eder. PSG’de kalp ve solunum sesinde artmanın arkasından REM uykusundan uyanma izlenir (Oldani ve ark., 2005).

Patlayan kafa sendromunda hastalar, uyanıklıktan uykuya geçişte ya da gece uyanmaları sırasında ani olarak ortaya çıkan yüksek bir ses ya da patlama hissinden yakınırlar. Bu his, ağrı yakınması ile ilişkili değildir. Hasta genellikle olaydan sonra korkar. Bazı hastalarda şimşek çakma hissi ya da myoklonik sıçramalar eşlik edebilir (AASD 2005). Çocukluk çağında da görülmesine rağmen sıklıkla ileri yaşlarda ortaya çıkar. Ataklar zararsızdır. PSG’de atağın uykudan ziyade uyanıklıkta ortaya çıktığı görülür (Pearce 1989).

Uyku ile ilişkili yeme sendromu, hastanın, uyuduktan 2-3 saat sonra gece uykudayken birden kalkması ve yiyeceklerin olduğu yere giderek, bilinçsiz bir şekilde, engellenemez otomatik davranışlar içinde yiyip içmesi ile karakterizedir. Atıştırmalar şeker ve yağ içeriği yüksek besinlerdir, kişinin kilo almasına neden olur. Bilinç dışı davrandığı için yemeklerin hazırlanması ve atıştırtmasında yaralanabilir. Hasta sabah uyanınca gece olup bitenleri

genellikle hatırlamaz. Toplumda % 1 - 3 arasında gözlenir. Tanı klinik belirtilere göre konulur. Ataklar hafta en az iki kez ve en az üç aydır sürüyor olması gerekir (Auger 2006, Yeh ve Schenck, 2007).

Uykuda seks hastalığı (sexomani), uyku sırasında cinsel içerikli sesler çıkartma, konuşma / bağırma, mastürbasyon, başka bir kişiyi okşama, cinsel ilişki, saldırgan cinsel davranışlarla kendini gösteren bir parasomnidir. Genel toplumdaki şiddet içerikli cinsel davranışların % 2 olduğu bildirilmiştir (Thoropy ve Plazzi, 2010). CA'lar, uyurgezerlik, RBD ile birlikte olabileceği bildirilmiştir (AASD 2005). Kişi gece uykuda yaptıklarını hatırlamaz. Hasta, agresif, saldırgan duygudurum ve şiddet içeren davranışlarından dolayı yatak arkadaşına fiziksel ve duygusal zarar verebilir. PSG tanı ve ayırıcı tanı için yapılır.

2.2.6.6. Parasomni ve epilepsi

Epilepsi, tanı ve tedavisindeki gelişmelere rağmen, günümüzde ruhsal bozuklukların birlikteliği sık olan ve hastaların yaşam kalitesini etkileyen bir hastalık olma özelliğini korumaktadır. Bazı hastalıklar klinik olarak parasomnilere benzeyebilir. Bu hastalıklardan en sık olanı nokturnal nöbetlerdir. Nöbetler bütün parasomnileri taklit edebilir. Kompleks parsiyal nöbetler, özellikle meziyal frontal lob ya da korteksin temporal lobunun tutulumu, KA, UT, UG ya da RDB benzeyebilirler. Nadiren bazı nöbetlerde kâbus şeklinde görülmektedir. Daha sıklıkla görsel halüsinasyonlar posterior pariyetal ya da oksipital lob nöbetleri olan hastalarda tanımlanmaktadır, uyku ilişkili halüsinasyonlara benzemektedir. Atonik nöbetler uyanma saatlerinde görülen uyku paralizilerine benzemektedir ve kesinlikle nokturnal üriner inkontinans ve vokalizasyon nöbetlerde siktir ve uyku enurezisi ya da katatrene ile kolaylıkla karışabilir (Bien ve ark., 2000).

NFLE sıklıkla 10-20 yaş arasında başlar ve erişkinlikte de devam eder. Uyku esnasında kısa süreli tekrar eden ve kompleks davranışların sıklığı, aynı gece içinde birçok

kez aynı hareketlerin olması, stereotipi, tremor, distoni, ballizm ya da anormal hareketler atak sırasında görülür. NFLE'de UT, UG, uykuda konuşma, ritmik hareket bozukluğu ve enurezis bulguları iki grubun ayırımını zorlaştırabilir. Parasomnik ataklar NFLE hastalarında ve ailelerinde yaygındır (Derry ve ark., 2009).

Bazı parasomnileri nöbetlerden ayırmamıza yardımcı olan bazı klinik komponentler vardır. Nokturnal nöbetler sıklıkla anormal stereotipik tekrar eden davranışlardır. Gece içinde birçok kere olabilir, özellikle uyanma zamanında olur. Anti epileptik tedaviye cevap verirler. Bunun aksine NREM parasomni genellikle nöbetlerden gece boyunca oluşma oranının azlığı ve stereotipik olmayışı ile ayrılabilir. NREM parasomninin hikayesi; erken başlangıç, sıklığının azalması ya da puberteden sonra görülmemesi, uzun süreli nadir döngüler, uyanıklık zamanında oluşmaması, antiepileptik tedaviye cevap vermemesi ile NFLE' den ayrılabilir (Derry ve ark., 2006). Sıklıkla nöbeti parasomniden ayırmanın kesin yolu yaygın EEG kanalları ile olan PSG ya da uzun term video EEG monitörizasyonunda hedef olayın gösterilmesi ve elektrografik iktal döngünün tanımlanmasıdır. Ne yazık ki, bu her zaman olmaz, bazı nöbetler yüzey EEG elektrografik korelasyonu yoktur ve hedef döngüler görüntülenemeyen zamanda olmayabilir. Benzer durumlarda EEG kayıtlarında (standart uyku EEG si, hiperventilasyon ve fotik stimülasyonu içeren) spike ların varlığı ya da yokluğu gibi ek bilgilerin varlığı değerlidir (Provini ve ark., 1999). V-PSG monitorizasyonu ile birlikte dikkatli bir hikâye alınması NFLE'nin uykunun diğer epileptik olmayan paroksizmal motor hastalıklarından ayırma için kullanılır. Uyku sırasında kompleks motor hareketleri olan hastalara V-PSG ve full bipolar EEG montajının yapılması tavsiye edilmekte ve bazı otorlere göre de minimum 72 saat boyunca gözlem periyodu olmalıdır (Fahed ve Mehra, 2007).

2.2.6.7. Parasomnia ve PTBS

Parasomnia ile birlikte PTBS'ye yönelik klinik araştırmalar sınırlıdır. Çalışmalar daha sıklıkla savaş gazileri arasında yapılmış ve PTBS'si olan hastalarda sıklıkla uyku ile ilişkili şiddet davranışları, UT, uyku paralizi olduğu saptanmış ve özellikle de RDB üzerine

odaklanılmıştır (Mellman ve ark., 1995). REM ve NREM ilişkili parasomnilerin üst üste binmesi ile ilgili yapılan çalışmada 33 vakanın 16'sında RBD, UG ve UT'nün birlikteliği saptanmıştır (Schenck ve ark., 1989). REM uykusu sırasında artmış fazik motor patlamaların bu fenomenle ilişkisi olduğundan bahsedilmiştir (Hefez ve ark., 1987). Hastaların uykuları süresince şiddet içeren davranışlarının olduğu ve EMG aktivitesinin RBD'de tarif edilen ile benzer olduğu belirtilmiştir (Thorpy ve Plazzi, 2010). Savaş gazileri ile yapılan çalışmada PTBS'si olan hastalarda uyku paralizi insidansında artış saptanmış, uyku paralizilerinin PTBS'nin şiddeti ile ilişkili olduğundan da bahsedilmiştir (Schenck ve ark., 1989).

Travmaya cevap olarak uyku bozuklukları ve gece kâbusların görülmesi normal olmasına rağmen bunlar zamanla geçme eğilimindedir. Bazı kişilerde uyku bozuklukları ve gece kâbusları PTBS'nin tipik özelliği olarak devam eder. Rüyaların emosyonel işleyiş ve duygudurum regülasyonunda adaptif rolünün olduğu ileri sürülür (Wichniak ve ark., 2002). Rekküren gece kâbuslarının bu işleyişin yetersizliğinde görüldüğü düşünülür. PTBS için rüyalar travmatik olaylarla karakterizedir ve spesifik özelliğidir (Ross ve ark., 1989). Bu durum savaş gazileri ile yapılan birçok çalışmalarda belirlenmiştir. Bununla birlikte PTBS'nin kronik fazı diğer içerikleri de etkiler ve çeşitli tema ve deneyimleri yansıtır (Van der Kolk ve ark., 1984, Mellman ve ark., 1995, Neylan ve ark., 1998). Bir çalışmada travmadan sonra erken dönemde hatırlanan rüyanın travmaları ile ilgili olduğu belirtmişlerdir (Difede ve ark., 2002).

2.2.6.8. Parasomni ve laboratuvar incelemeleri

Parasomniler (özellikle AB'lar) primer olarak klinik hikâyeye göre teşhis edilir. Hastaların ellerindeki video kayıtları teşhiste yardımcıdır. Birçok parasomnide ileri incelemeye gerek yoktur. Eğer 1) potensiyal olarak şiddet içeren ya da hasta ve diğerlerinin yaralanmasına neden olan 2) adli yönü olan 3) ciddi sosyal ve ailevi bozulmaya neden olan 4) gün içinde uykululuk ve davranışsal zorluklara neden olan 5) tıbbi, psikiyatrik ya da nörolojik semptomlar ya da bulgular olduğunda 6) teşhis kesin olarak konulamadığında 7) nöbet

şüphesi olduğunda ileri laboratuvar incelemesi yapılmalıdır (Mahowald ve ark., 2005, Stores 2007).

Uykunun anlaşılması, uyku sırasında ortaya çıkan normal dışı semptomların saptanması için PSG yapılabilir. PSG’de işlem, hastanın uykusu sırasında yapılması temel olarak alınmıştır. Son yıllarda yapısal ve fonksiyonel nörogörüntüleme çalışmaları sağlıklı ve patolojik beyin fonksiyonunun değerlendirilmesi için bir yol olarak kullanılmaktadır. Bu metotlar bölgesel beyin volümleri, metabolizma, kan akımı, beyaz madde bütünlüğü, beyin demir konsantrasyonu ve reseptör bağlanması gibi birçok beynin yapısal ve fonksiyonel yönleri ile değerlendirilmesine izin vermiştir (Desseilles ve ark., 2008). Uyku beyin tarafından regüle edilir ve beyin fonksiyonlarının sonucudur. Bu araçlar parasomnilerde olduğu gibi uyku bozukluğu hastalarında önemli bilgiler sağlayan araçlar olabilirler.

2.2.6.9. Parasomni ve hukuk

Uyku ilişkili yaralanma ya da şiddetin adli ve yasal yönü vardır. Yasal durum olduğunda dikkatli bir uyku ve psikiyatrik hikâye alınmalıdır. Uyku ilişkili şiddet davranışları ya da yaralanmalar KA’lar, UT / UG ve RDB’nin bir parçası olabilir. Benzer davranış örnekleri UT / UG, somnambulistik motor kazaları, sexomania döngüsü sırasındaki seksüel davranışlar, RDB sırasında yatak partnerine vurma / ekimozlar olarak tariflenmiştir. Bu davranışlar NREM uyku ve / veya REM uyku uyanıklığının özelliği ya da üst üste binmesi olabilir. Beyin sapından köken alındığına ve diğer daha primitif yapıların daha yüksek (kortikal) nöronal yapılarca modifikasyonunda sorun olduğuna inanılır (Koffel ve Watson, 2009, Mahowald ve ark., 2005).

Şiddet içeren parasomnileri farkında olunarak yapılan kriminal hareketlerden sıklıkla ayırmak güçtür, bazı anahtar özellikleri akılda tutmak gerekir. NREM parasomnilerinin uyku ilişkili şiddet açısından adli değerlendirilmesinde aşağıdaki klavuz yararlıdır.

1. Uyanırken disoryantasyon olmalıdır. Arousalda net şekilde bilinçlilik olması UG otomatizmada beklenmez.
2. Konfüzyonel davranışlar olmalıdır. Herhangi bir tanık uygunsuz otomatik davranışı, muhtemel konfüzyonun elemanı olarak anlatır.
3. Genellikle olayla ilgili komplet amnezi vardır (Borneman ve ark., 2006). Derin uykuda hafıza zayıf olarak kayıt edilir.
4. Uykuda bozulmuş solunum, periyodik bacak hareketleri gibi presipite faktörler önemlidir. Çevresel faktörler gürültü ya da fiziksel temas gibi UG için odak olabilir. Uyurgezerler sıklıkla gece içinde bir yere çarparlar ve kurbanlar sıklıkla orada olan birisi, dokunarak ya da gürültü yaparak uyaran veren kişidir (Guilleminault ve ark., 2005).
5. Uyku ile ilişkili şiddet ve UG’de alkol, madde, kafein kullanımı, önceki uyku deprivasyonu, sirkadiyen uyku-uyanıklık ritminin bozulması, yakın geçmişte stresli olayların yaşanması en önemli faktörlerdir. Modülütör ya da önemli faktörlerin varlığı UG’nin oluşumunda önemlidir (Presmann 2007).
6. Girişimler saklanmamalıdır. Teşebbüslerin saklanması bilinçliliği ve niyeti yansıtır.
7. Hareketler sıklıkla karakteri dışındaki hareketlerdir. Yani UG’de uyku ilişkili şiddet hareketleri sıklıkla kişinin uyanırken nadiren ya da asla yaptığı ve genellikle iyi karakterdeki kişilerdir.
8. Niyeti gösteren herhangi bir faktörün yokluğu olması önemlidir. Olayı öncesinde planlama, motivasyon, olay sırasında hareketlerin anlatılması sıklıkla bilinçli bir aktivasyonu düşündürür, uyku ile ilişkili şiddet değildir.

Adli bağlamda, uyku laboratuvarı çalışmaları (PSG), muhtemel odakları ve diğer organik davranışsal faktörlerin dışlanması önemlidir.

2.2.6.10. Parasomnia ve arousallar

Arousallar; spontan ya da uyanıklık veren uyarana karşı ortaya çıkan, ani ve geçici bir şekilde oluşan kortikal ve subkortikal reaksiyonlardır. Uykunun bir parçası olarak değerlendirilir ve uykunun düzenlenmesinde önemli bir rolü olduğu düşünülmektedir. Fizyolojik durumlarda yavaş ve hızlı mikro-arousallar (MA) görülebilir. Her iki tip de vegetatif aktivasyon ile ilişkili olan izole olaylardır. Eğer arousallar davranışsal uyanıklığa sebep olursa buna uyanıklık denir. Arousallar, uyuyan kişide dış dünyadan gelen bilginin seçimi ve organizmanın tehlikeye adaptasyonunu sağlar. Arousallar iç veya dış ihtiyaca göre kimyasal etkilerle uykunun yapılanmasına yardımcı olur. Diğer bir söyleyişle arousallar kişinin gece uykusunun biçimlenmesini sağlar (Terzano ve ark., 2005).

Amerikan Uyku Bozuklukları Birliği (AUBB) 1990'da arousal kriterlerini; EEG'de hızlı modifikasyon, uyku içciklerin olmadığı teta ve alfa aktivitesi ve / veya 16 Hz den büyük dalgalar, EMG'de aktivite artışı, bu durum kardiyak frekans veya vücut hareketlerinin artışı ile birlikte olacak ya da olmayacak, uykunun en az 10 saniyelik bölümünde yer alması olarak tanımlamıştır. Bu kurallara göre; yavaş EEG özelliklerinden K kompleks, geçici delta aktivitesi ile teta, alfa ya da beta ritminin EEG de şifti olmadıkça arousal olarak skorlanmamalıdır (Halasz ve ark., 2004).

AUBB EEG Arousal Skorlaması:

- 1) Herhangi bir arousal skorlanabilmesi için herhangi bir evrede 10 dakika ya da daha fazla devam eden uykunun olması,
- 2) İkinci arousal skorlaması için birinci arousaldan sonra en az 10 dakika geçmiş olması,
- 3) EEG'de 3 dakika ya da daha fazla şift olması,

- 4) NREM uykudaki arousalların eş zamanlı olarak submental EMG amplitüd artışı olmadan da olabilmesi,
- 5) REM uyku sırasındaki arousalların eş zamanlı sadece submental EMG amplitüd artışı olduğunda skorlanması,
- 6) Sadece submental EMG amplitüd değişikliklerine dayalı arousalların skorlanamayacağı,
- 7) Artefaktlar, K kompleksler ve delta dalgalarının en azından bir derivasyonda şift olmadıkça skorlanamayacağı, eğer benzer aktiviteler EEG şiftinden önce olmuşsa 3 dakikaya erişme kriterinin aranmaması,
- 8) Kalem artefaktları eğer EEG arousal paternine bitişikse arousal olarak değerlendirilebileceği,
- 9) Geçerli olmayan, komşu EEG ve EMG değişiklikleri tek başına 3 dakikadan kısa, birlikte 3 dakikadan uzun sürdüğü zaman arousal olarak skorlanmaması,
- 10) NREM uyku sırasında 3 dakikadan az alfa intrüzyonlarının arousal olarak değerlendirilmemesi,
- 11) Bir evreden diğerine geçiş yukarıdaki kriterleri karşılamadıkça arousal olarak adlandırılmaması şeklinde belirlenmiştir (Amerikan Uyku Bozuklukları Birliği 1992).

Parrino ve ark. (2001) AUBB tanımlamasına göre arousal dışında uykuda K kompleks ve delta patlamaların görülebileceği belirtilerek bu durumun otonomik fonksiyonlar üzerindeki etkiler sonucu ortaya çıkabileceğinin altı çizilmiştir. K kompleks ve delta patlamaların uyku benzeri özellikleri yanında serebral aktivasyon üzerine etkileri ile ilgili görüşler gittikçe artmaktadır. Yavaş EEG komponentleri (delta dalga patlamaları ve K kompleks) ve geleneksel arousallar (hızlı ritimler) bazı fonksiyonel özellikleri paylaşırlar, EEG'deki farklılıklarına rağmen aktive edici kompleks terimi içinde yer alabilirler. Aktive edici bu komplekslerin uyku üzerinde eşit etkisi yoktur. Yavaş EEG paterninden (uyku bölünmesi yapmadan orta düzeyde aktivasyon), hızlı EEG paternlerine (görülebilir uyku fragmantasyonu ile ilişkili güçlü vegetatif aktivasyon) doğru hiyerarşik aktivasyon tanımlanmıştır. Aktive edici kompleksler gece boyunca gelişi güzel görülmezler, NREM uykuda periyodik olarak görülürler, SAP olarak adlandırılır (Parrino ve ark., 2006).

Arousalların SAP'ın şifresi olduğu düşünülmektedir. SAP'ın sadece kortikal alanları etkilemediği aynı zamanda diğer beyin alanları ve periferik nöral komponentleri de etkileği iddia edilmektedir. Arousallar ve SAP'ın rolünün anlaşılması, fizyolojik ve patolojik MA'lar arasındaki ilişkiye ve uyuyan beynin adaptif özelliklerine ışık tutmuştur. MA'lar temel olarak NREM'de SAP ile periyodik olarak görülür. NREM dönemi komaya benzerliği ile bilinir, özellikle bu dönemde ortaya çıkan arousallarla uykunun geri dönüşlü olduğu kesin olarak görülmektedir (Terzano ve ark., 2005).

Uyku ve arousal sistemi arasında resiprokal antagonistik bir ilişki vardır. Bu durum bir taraftan tehlikeye karşı önlem diğer taraftan da uykunun doğal seyrinde sürmesini sağlıyor olabilir. Uyku işlemi birçok mekanizma ve siklik fenomenin bir sonucudur. Diurnal uyanıklığın yavaş dalga aktivitesi ile kompensasyonu homeostatik basıncın bir fonksiyonudur.

NREM ve REM uykusu bir başka siklik prosestir, bu arousabiliteyi ve EEG senkronizasyonunun derecesini ayarlar. Spontan arousalların uyku yapısı ile ilişkili olmasından dolayı, arousalların siklik proses ve intrensik ritmin yayılımı ile ilişkili olduğu düşünülür. MA'ların yaklaşık % 90'ı 60 saniyeden küçük intervallere ayrılır. Özellikle % 70 üzerindeki intervaller 20-40 sn arasındadır. Bunun anlamı MA'ların gelişi güzel yayılmadığı yaklaşık 0.033 Hz lik periyodisite ile tekrar eden sekanslar şeklinde organize olduğudur. Özellikle NREM uyku sırasında olan spontan ve fazik arousalların, siklik bir natürü olduğunu, birçok dakika ossilasyonu takip ettiğini yönündedir (Halasz ve ark. 2004). Arousalların fluktasyonunda değişiklik olduğu zaman epileptik aktivite, periyodik bacak hareketleri, nokturnal apne, NREM parasomnia, insomnia gibi uyku bozukluklarının ortaya çıktığı düşünülmektedir (Thorpy ve Plazzi, 2010, Parrino ve ark., 2006).

2.3. Dissosiyatif Bozukluklar

2.3.1. Tanımı

Pierre Janet ruh sağlığının temel ölçütü olarak kişide çeşitli ruhsal işlevlerin birlik ve bütünlük içerisinde çalışmasını sağlayan yüksek bir entegrasyon kapasitesinin varlığına dikkati çekerek dissosiyasyon ve dissosiyatif bozuklukların, bu kapasitenin azalması ile seyreden psikopatolojik durumlar olduğunu vurgulamıştır. Ayrılma, bölünme gibi anlamlara gelen ve asosiyasyon, yani bağ kurmanın karşıtı olarak düşünölen dissosiyasyon kavramı bu anlayıştan doğmuştur (Şar V 2010). Dissosiyasyon her insanda bulunan bir kapasitedir. İnsanın doğasında bulunan bir reaksiyon türü olarak, belirli stres verici koşullar altında herkesin dissosiyatif yaşantılar içerisine girmesi olanaklıdır (Şar V 2010, Ağargün ve ark. 2003a).

Dissosiyatif bozuklukların değeriendirilmesinde kóltürler arası bakış açısı çok önemlidir çünkü birçok toplumda dissosiyatif durumlar kóltürel etkinliklerin ya da dinsel yaşantıların yaygın ve kabul gören dışavurumudur. Dissosiyasyon kalıtsal olarak patolojik kabul edilmemelidir çünkü sıklıkla belirgin bir sıkıntıya, işlev bozukluğuna ya da çare arama davranışına yol açmaz. Şayet belirli bir sıkıntı ve işlev bozukluğuna neden oluyorsa patolojik olduğu kabul edilir (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994). Braun dissosiyasyonu ‘fikir ya da düşünce sürecinin bilincin ana akışından ayrılması’ olarak tanımlayarak BASK (behaviour, affect, sensation, knowledge) modelini geliştirmiştir. BASK modelinde; davranış, duygulanım, duyular, bilgi zamanın içinde aynı anda birbirine koşut olarak akan işlevsel örüntülerdir. BASK bileşeni çevresel, ruhsal ya da organik sebeplerle bilincin ana akışından ayrılabilir. Bu durum çeşitli dissosiyatif belirtilere neden olabilir (Altıntaş 2008).

Dissosiyasyon açıklamalarında tanımlayıcı yaklaşımlar ve kategorik yaklaşımlar kullanılabilir. Dissosiyasyona tanımlayıcı yaklaşımlar; boyutsal yaklaşım ve niteliksel yaklaşımı kapsar. Boyutsal yaklaşım içinde dissosiyasyon, karmaşık bir işleme süreci olarak tanımlanmaktadır. Normal dissosiyasyonlar ile patolojik dissosiyasyonlar arasında

bir sürekliliğin olduğunu varsayar. Kişiler uyku öncesi ya da sonrasında, emosyonel stres altında, meditasyon, trans durumunda dissosiyeye olabileceği gibi dissosiyatif savunmalar kişiyi anksiyeteli durumlarda başa çıkamayacağı travmadan koruyacağı belirtilmektedir (Punamaki 2005). Dissosiyatif savunmalar; davranışta otomatizasyon, travmatik bellek ve affektin bölümlere ayrılması, kendilikte yabancılaşma duygusunu ile kavramsallaştırılır. Dissosiyatif fenomenlerin nitelik olarak benzemesi ve şiddet olarak farklılık göstermesi çözülme ve bölümlere ayırma başlığı altında niteliksel olarak ayırım yapılabileceği ileri sürülmüştür (Altıntaş 2008). Dissosiyasyonda kategorik yaklaşım ise sınıflama sistemlerini yansıtır. Freud'un, histerik belirtilerin duygusal enerjinin fiziksel bir enerjiye konversiyonundan ortaya çıktığı görüşü hem ICD-10'nun hem de DSM-IV-TR'nin merkezinde yer almıştır. DSM-IV-TR ve ICD-10, konversiyon bozuklukları ve dissosiyatif bozukluklar arasındaki ilişkiye farklı yaklaşımlarda bulunulmuştur. DSM-IV-TR bunları ayrı bozukluklar olarak ele alırken, ICD-10 bunların temelinde benzer mekanizmaların rol aldığını savunur (Isaac ve Chand, 2006).

2.3.2. Tarihçe

Janet genel olarak dissosiyasyona ve dissosiyatif bozukluklara modern yaklaşımın kurucusu olarak görülmektedir (Şar 2010). Dissosiyasyon terimini ilk kez sistematik olarak inceleyen Janet, belleği, zihnin asıl organize edici aracı olarak görerek belleği tüm yeni bilgileri alıp depolamak ve yeni gelen bilgileri de daha önceden oluşturulmuş hatıraların ışığında organize ve kategorize ettiğini belirtmiştir (Van der Kolk 1989, Şar 2010). Janet; bir stres -diates modelinde travmanın dissosiyasyonun ortaya çıkmasındaki rolünün tanınması, dissosiyasyonun psikolojik deneyimin devamında meydana gelmesi, somatoform ve dissosiyatif mekanizmaların altında yatan mekanizmaların benzer olduğu savunmaktaydı (Lowenstein ve Putnam, 2007, Nakatani 2000, Van der Kolk 1989). Janet travmatik yaşantılarla psikiyatrik hastalıklar arasındaki ilişkiye değinerek travmanın psikiyatrik hastalıklarda presipitan rol alabileceğini belirtmiştir (Van der Kolk 1989, Nijenhuis 2011). 19. yüzyılda Alfred Binet; konversiyon, somatizasyon, dissosiyatif bozukluk gibi hastalıklarda çift bilinçlilik halinden bahsetmiştir (Brown ve ark., 2005). Adli tıp uzmanı olan Ambroise Tardieu çocuk cinsel tecavüzlerini incelemiştir. Yine çocuk

cinsel saldırı ve tecavüzlerini inceleyen Paul Bernard da bu dönemlerde çocukluk çağı istismarı ve dissosiyasyonla ilgili çalışmalarını yayınlamıştır (Wettstein 2005). Yirminci yüzyılda Freud'un hastaların anlattıkları cinsel tacizlerin onların çocukluk fantezisi olduğunu söyleyerek geliştirdiği ödipus kompleksi teorisi ile araştırmacıların dissosiyatif bozukluğa olan ilgileri azalmıştır (Van der Kolk 1989). Türkiye'de dissosiyatif bozukluk ile ilgili ilk sistematik çalışma Şar ve ark.ları (1993) ile başlamış ve ilk Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu (DKB) tanısı konularak hastanın tedavisi sırasında elde edilen deneyimlerle sonraki çalışmalar planlanmıştır (Tutkun ve ark., 1998).

2.3.3. Epidemiyoloji

Dissosiyatif bozukluklar için tanı kriterleri, dissosiyasyon ile travma arasında güçlü bir ilişki gösteren modern araştırmalara değil, histeri kavramına dayanan nozolojik sistemlerden gelişmiştir (Lowenstein ve Putnam, 2007). Nozoloji, kavramsal berraklığın olmayışı ve kültürel konular dissosiyatif bozukluklar hakkındaki yaygınlık çalışmalarını etkilemektedir. En yeni çalışmalar "dissosiyasyon"a bir belirti olarak bakmakta ve dissosiyasyonun TSSB, somatizasyon bozukluğu gibi hastalıklar ile savaş / felaketten etkilenmiş bireyler ve normal bireylerle olan ilişkisinin artışına odaklanmaktadır (Brown ve ark., 2005, Punamaki ve ark., 2005). Dissosiyatif bozuklukların yaygınlığına ilişkin bir sistematik genel popülasyon çalışmasında; popülasyonun % 3 - 5'lik küçük bir alt grubu, birçok patolojik alt deneyimden geçtiği belirtilerek, taksonometrik bir yeniden analizi ile patolojik dissosiyasyonun % 3.4 olduğu gösterilmiştir (Colin ve ark. 1990, Şar 1996).

Dissosiyatif bozukluğun epidemiyolojik olarak araştırılmasında Hollanda, Almanya, İsviçre'de % 4.3 - 8 arasında değişirken, Türkiye'de taburcu olmuş ve yatan psikiyatrik hastalarında % 10 dolaylarında saptanmıştır (Tutkun ve ark., 1998, Foote ve ark., 2006, Şar 2011). Bir başka araştırmalarında Şar ve ark.ları, dissosiyatif bozukluğun hastaların % 47,4'ünde olduğunu bildirmiş olup bunların % 7.9'unda dissosiyatif kimlik bozukluğu, % 34.2'sinde BTA dissosiyatif bozukluk ve % 5.3'ünde dissosiyatif amnezi olduğunu saptamıştır (Şar ve ark., 2004).

2.3.4. Etiyolojik teoriler

Patolojik dissosiyasyonun takson modeli dissosiyatif bir hastalığı olanlarca yaşanan istatistiksel olarak türetilmiş belirti kümelerini temsil eder. Patolojik dissosiyasyonun farklı bir psikolojik organizasyon takson tipini temsil ettiğini kabul eder (Isaac ve Chand, 2006). Bu durum dissosiyasyonun normalden patolojiye doğru sürekli bir ilerleme mi, yoksa patolojik dissosiyasyonun başka bir psikolojik organizasyonun tipini mi temsil ettiği konusu yeniden canlandırılmıştır. Taksonomik model, araştırmacıları yüksek ve düşük dissosiyatörleri çeşitli ölçülerde karşılaştırma yapmak için çok yararlı bulmuşlardır. Yüksek dissosiyatörlerle gerçekte diğer herkes arasındaki tipolojik farklılıklar, beyinlerdeki bağlantının farklı olmasını sağlayan güçlü bir genetik yatkınlık veya çok farklı bir erken gelişimsel yörünge ya da her ikisini kapsayabilir (Isaac ve Chand, 2006, Ellert ve ark., 2011).

Travma ve dissosiyatif bozukluklar arasında bağlantı kuran birçok çalışma vardır. Çalışmalarda patolojik dissosiyasyon gelişmesi için öncesinde önemli bir travmanın gerçekleşmiş olmasının gerektiği belirtilmektedir. Travma ile bağlantılı dissosiyasyonun; travmatik deneyimleri, sonradan oluşan psikopatolojiye dönüştürmeyi kontrol eden önemli bir mekanizma olduğunu düşündürmektedir (Şar 2004, Foote ve ark., 2006). Son iki dekadaki araştırmalar dissosiyatif bozukluk ile öncesindeki travmayı birbirine bağlayan birçok farklı yoldan gelen kanıtlar ortaya çıkarmıştır. Hakemler tarafından gözden geçirilmiş birkaç yüz çalışmada, travmatize olmamış klinik ve genel popülasyonla karşılaştırıldığında travmatize olmuş gruplarda anlamlı olarak yüksek dissosiyasyon düzeyleri bulunmuştur. Tarif edilen en şiddetli travma cinsel ve fiziksel istismar, duygusal ihmal ve yoksunluk olmuştur (Isaac ve Chand, 2006) .

Farklı davranışsal durum modeli; çocukluk istismarı araştırmalarından köken alan farklı davranışsal durum modeli dissosiyatif bozukluğu, bilincin farklı durumlarındaki değişikliklerinin görünümü olarak kavramlaştırır. Bunlar bireyin kimlik algısı, açık, örtük ve otobiyografik belleğe erişimi ve psikobiyolojik reaktivitesi açısından farklılıklar gösterir

(Punamaki 2005). Çocukta entegratif işlevlere hizmet veren beyin yapılarının psikobiyolojik olgunlaşması, bu durumları sürdürecektir, değiştirecek ve entegre edecek becerilerin kazanılmasına yol açar. Bu birleşme, fizyolojik ve psikolojik düzenleyici işlev gören güvenli bağlanmalarla da desteklenir. Bu evrede yineleyen travmalar psikolojik gelişim süreçlerini ve bunların bütünleşmesini zora sokar, dissosiyasyona yatkın çoğu erişkin bireyde bu durumlar arasındaki geçişler ani ve süreksiz bir şekilde kalırlar (Isaac ve Chand, 2006, Lowenstein ve Putnam, 2007).

Somatik belirteç hipotezi yakın geçmişteki çalışmalarda beden durumunun nöral temsillerini (beden haritaları) ortaya çıkarmak amacıyla yürütülen yeni çalışmalara dayanarak öne sürülmüştür. Spinotalamik yol bedenin tüm dokularından afferent interoseptif bilgiyi naklederek beden durumu hakkındaki bilgiyi taşır. Hatalı beden haritalaması duyuşsal bilginin interferansına veya somatosensör kortekslere hatalı bilginin sunulmasına bağlı olabilir ki bu durum beden durumunun yanlış algılanmasına neden olur (Isaac ve Chand, 2006).

Dissosiyasyona yönelik iki temel nörolojik açıklama epileptik model ve hemisferik lateralite modelidir. Epileptik model depersonalizasyon; füğ dönemleri gibi karmaşık davranışlara yönelik amnezi gibi dissosiyatif semptomların ve otoskopi gibi fenomenlerin nöbet geçiren kişilerde iktal ve preiktal durumları ile bağlantılı olduğunun klinik olarak gözlenmesini temel almaktadır. Çocukluk döneminde yüksek düzeyde kötüye kullanılma ve dissosiyasyonun psödoepilepsi konulmuş hastalarda daha sık görülmesi araştırmalar sonucu bulunmuştur (Bowman ve Markand, 1996). Hemisferik lateralite modeli, değişen kişiliklerde klinik olarak dominant elde farklılık olduğunun gözlenmesi ile düşünülmüştür. Hemisferik lateralitede olan değişimler, dissosiyatif kimlik bozukluğu hastalarının klinik özelliklerini kolay bir şekilde açıklamaktadır (Lowenstein ve Putnam, 2007).

Normal ve patolojik dissosiyasyonda genetik faktörlerin rolü hakkında genetik çalışmalar oldukça azdır. Tek yumurta ve çift yumurta ikizlerini arasında yapılan çalışmalarda genetik faktörün normal dissosiyasyon üzerinde katkısının minimal olduğu

sonucuna varılmıştır. Çalışmanın sonucunda dissosiyasyonun genetik ve ihmal yaşantıları ile yüksek oranda ilişkili olduğu, genetik etkenlerin patolojik olmayan dissosiyasyona etkisi daha fazla iken dissosiyatif bozukluklarda çevresel faktörler daha önemli rol oynayabileceği ileri sürülmekle birlikte bu konudaki çalışmalar yetersizdir (Kathryn 2004).

2.3.5. Dissosiyasyon ve travma

Günlük alışlagelen stresörler belirli bir denge içinde ortaya çıkarlar. Kişinin günlük stresle nasıl başa çıkacağına dair dağarcığı vardır. Travmanın kelime anlamı yara ya da yaralanmadır. Psikobiyolojik travma ise psikolojik, biyolojik, sosyal ve diğer çevresel faktörlerin çeşitli derecelerde etkileşimi ile ortaya çıkan durumlardır. Travma herhangi bir durumda kişinin başa çıkma kapasitesinin yetersiz kaldığı durumsal ya da süreklilik gösteren olaylardır. Travmaya maruz kalmış olan kişi ya savaşır ya da kaçar. Kişiler dissosiyasyonu kişilik özellikleri olan otomatik davranışlar, travmatik olaylar karşı geliştirilen koruyucu psikolojik mekanizma ve belirli klinik bozukluklarda görülen semptom ve sendrom şekli olarak yaşarlar (Nijenhuis 2010). Ruhsal travma erişkinde ve çocukta farklı etki yapar. Çocukta dissosiyasyona yatkınlık çok daha fazladır, yaşla azalır. Bu nedenle çocukluk çağı travmatik yaşantıları erişkinlikteki dissosiyatif bozuklukların asıl nedenini oluşturur. Dissosiyatif düzenek başlangıçta çocuk tarafından normal olarak travmatik yaşantının üstesinden gelme çabası bağlamında kullanılır. Ancak bu düzenek zamanla uyumsal olmayan, patolojik bir sürece dönüşür (Şar ve ark., 2004). Çocukluk çağı istismar ve ihmali ile dissosiyasyon arasındaki ilişki hem geriye dönük çalışmalarda belgelere dayanarak, hem de ileriye dönük çalışmalarla gösterilmiştir (Lewis ve ark., 1997). Dissosiyasyon hastasında travma yaşantıları çocuklukla sınırlı kalmamakta, yaşamın daha sonraki dönemlerinde de görülmektedir. Kişinin algılarını, duygularını, anılarını ve giderek tüm zihnini bölmeleştiren dissosiyatif savunma iki işlev birden görür. Travmadaki dissosiyasyon kişiliğin dinamik, biopsikososyal sisteminde bölünmeye neden olarak kişinin karakteristik mental ve davranışsal hareketlerini etkiler. Fenomenolojik olarak kişilikteki bu bölünme; negatif (amnezi, paralizi), pozitif (flaşbek ya da ses intrüzyonu) ve psikoform (amnezi, ya da sesler duyma) ya da somatoform (anestezi ya da tik) gibi dissosiyatif semptomların oluşmasına yol açar (Nijenhuis 2011). Travmada kişilik

bölünmesi kişisel integratif kapasitenin sınırlanması ile ilişkilidir. Bu sınırlamalar ve sosyal desteğin yetersizliği ilerleyişi değiştirebilir. Dissosiyatif bozukluğu olan kişilerde yapılan çalışmalarda sıklıkla etiyolojide travma bulunmuştur (Kisiel ve Lyons, 2001). Daha geniş bir sosyo-politik perspektiften ele alındığında, dissosiyasyon teorisi modern zamanların en tartışmalı sosyal konuları ile kesişmektedir. Yakın tarihli sistematik tartışmalar, sürekli olarak, dissosiyasyon ve travmatik deneyimler arasında güçlü bir ilişki bulmuştur (Amerikan Psikiyatri Birliği 1992, Lowenstein ve Putnam, 2007).

2.3.6. Dissosiyasyonun psikofizyolojisi

Yeni araştırmalar dissosiyatif bozukluklara işlevsel ve davranışsal görüntüleri olan nörofizyolojik bozukluklar şeklinde yaklaşma gereğine vurgu yapmaktadır. Olguların sunumları ile dissosiyatif kimlik bozukluğu olanların farklı kişilik durumları arasında EEG farklılıklarını bildirmeye devam etmektedir. İşlevsel manyetik rezonans görüntüleme (fMRI) çalışmalarında, hipokampüste iki taraflı olarak ve sağ parahipokampal ve medyal temporal bölgelerdeki beyin aktivitelerinde farklılık, orbitofrontal bölgede iki taraflı olarak önemli hipoaktivite ve sol lateral temporal aktivitede artış bulunmuştur (Brice ve ark., 2008, Anderson ve ark., 2004). Hayvan deneyleri ile hem pozitif hem de negatif olayların nörobiyolojik gelişimi etkileyebileceği, nörobiyolojik sistemde strese cevap olarak hipotalamik-pitüiter-adrenal (HPA) aks ve noradrenarjik sistemde etkileneceği belirtilmiştir. Bu çalışma aynı zamanda istismar öyküsü olan hastalarda HPA aks, adrenerjik ve hipokampal sistemde değişiklikler olabileceğini vurgulamıştır (Bremne ve Vermetten, 2001). Travmatik hafızanın natürünü araştıran fMRI çalışmasında beynin sağ ve sol fonksiyonel olarak farklılık bulunmuştur. Sol superior frontal girus, sol anterior singulat girus, sol sitriatum, sol parietal lob, sol insulada belirgin aktivasyon görülmüştür (Lanius ve ark., 2004). fMRI görüntüleme çalışmasında, konversiyon bozukluğu hastalarında duyuşsal bir uyarıya yanıt olarak ön planda anterior insula, talamus, kaudal anterior singulat korteks ve ventrolateral prefrontal korteks olmak üzere farklı aktivasyon alanları tespit etmişlerdir (Stone ve ark., 2007).

2.3.7. Dissosiyasyonun nörobiyolojisi

N-metil-D-aspartat (NMDA) glutamat resptörünün dissosiyatif semptomlarda kilit rol oynadığını göstermektedir. Glutamat salınımını arttıran bir NMDA antagonisti olan ketaminin kullanıldığı bir dizi çalışmada, ilacın dissosiyasyon skorlarında doza bağımlı artışlar bulunmuştur. Yüksek ketamin dozları ile zamanın algılanmasında yavaşlama, yüzeyel görüş kaybı, derealizasyon, depersonalizsyona neden olmuştur (Deakin ve ark., 2008). Glutamat salınımı azaltan bir antikonvülzan olan lamotrijin ve benzodiazepin, ketaminin dissosiyatif etkilerini tamamen ortadan kaldırmasa da azaltmıştır (Anand ve ark., 2000). Stresin glutamat salınımına artırdığını gösteren nörobiyolojik dissosiyasyon teorileri, stresin glutamat salınımını arttırdığını ve NMDA antagonistlerinin hiperglutamerjik etkilerinin stres ve travma ile indüklenen dissosiyatif semptomlara benzerliğini gösteren prelinik verilere dikkat çekmektedir. Özet olarak NMDA blokajının inhibitör tonu azalttığını ve glutamat salınımının ve sonraki dissosiyatif semptomların artmasına yol açtığı ileri sürülmektedir (Anand ve ark., 2000, Deakin ve ark., 2008).

2.3.8. Dissosiyatif bozukluklar

DSM-IV-TR'de dissosiyatif bozukluklar, Dissosiyatif Amnezi (DA), Dissosiyatif Füğ (DF), Depersonalizasyon Bozukluğu (DP), Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu (DKB), Başka Türlü Adlandırılmayan (BTA) Dissosiyatif Bozukluk başlığı altında toplanmıştır.

DA; genellikle travmatik olan ya da stres doğuran çocukluk çağı istismar veya travmatik olaylar, doğal afetler, savaş deneyimleri gibi durumlarla ilişkili olarak önemli kişisel bilgilerin sıradan bir unutkanlıkla açıklamayacak derecede anımsayamamasıdır. En yaygın olarak bireyin yaşam öyküsünün özelliklerini anımsamada geriye dönük olarak bildirilen boşlukların olmasıdır (Amerikan Psikiyatri Birliği 2000). Travmatik yaşantıların belleği nasıl etkilediği hakkında bilgiler kısıtlıdır. Çocukluk çağı travmatik yaşantılarının

özellikle cinsel tacizin, unutulup yıllar geçtikten sonra bir uyararla veya kendiliğinden yeniden hatırlanıp hatırlanamayacağı tartışmaların ana noktasını oluşturmaktadır. Bellekteki bastırılma, bireysel acıya neden olan travmatik yaşantı anılarının istem dışı ama seçici bir şekilde unutulması olarak tanımlanabilir (Yanık ve Özmen, 2001). DA çalışmalarının çoğu az sayıda vaka çalışmalara dayandırılmaktadır. Klinik örneklerde DA çeşitli şekillerde görülebilir. DA tipik olarak kesin, ani başlangıcı vardır ve kişi belleğindeki sürekliliğin kesintiye uğradığının farkındadır. DA'lı bazı bireylerde depresif belirtiler, depersonalizasyon, trans durumları, analjezi, yaş açısından spontan regresyon bildirilmektedir. Bu bozukluğa bazen kendine zarar verme, saldırgan dürtüler, intihar dürtüleri ve eylemler eşlik edebilir (Kritchevsky ve ark., 2004, Lowenstein ve Putnam, 2007). Amnezi ve aşırı intrapsişik çatışma; yaşamı tehdit eden ciddi ve bunaltıcı travmalardan sonra kaç ya da savaşın mümkün olmadığı veya psikolojik olarak kabul edilemediği ağır bir psikolojik çatışma yaşarlar. Travmaların diğer otobiyografik deneyimlerden bilişsel olarak farklı işlendiği, böylece subjektif bellek kayıplarına yol açtığı teorisi oluşturulmuştur. Otobiyografik hafızadaki nöral ilişkili primer alanlar prefrontal korteks, mediyal ve lateral temporal korteks, posterior singulat ve retrospenial korteksten oluşur. Otobiyografik hafıza ile ilişkili nöronal aktivite değişiklikleri bilateral olarak mediyal ve lateral temporal, temporal oksipital, posterior singulat ve frontal kortekstedir. DA'da frontal korteks, temporal, hipokampal ve oksipital kortekste inhibisyon olduğu saptanmıştır (Piefke ve ark., 2003, Kritchevsky ve ark., 2004, Lowenstein ve Putnam, 2007).

DSM IV-TR tanı kriterleri;

- A) Başlıca bozukluk, genellikle travmatik olan ya da stres doğuran önemli kişisel bilgileri sıradan bir unutkanlıkla açıklanamayacak bir biçimde anımsayamama döngü ya da döngülerinin olmasıdır.
- B) Bu bozukluk sadece Disosiyatif Kimlik Bozukluğu, Disosiyatif Füg, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Akut Stres Bozukluğu ya da Somatizasyon Bozukluğu ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç ya da genel tıbbi durumun (örn. Kafa Travmasına Bağlı Amnestik Bozukluk) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

- C) Bu semptomlar klinik açıdan belirgin bir strese ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulmaya neden olur.

DF dissosiyatif bozukluklar arasında en az anlaşılan ve en az çalışılanıdır. DF geçmişinin bir kısmını ya da tümünü unutup, birden beklenmedik bir şekilde evinden ya da alışageldiği işinde ayrılıp gitmesidir. Üç tip füğ tanımlanmıştır: 1) kişisel kimlik kaybının farkında olma ile birlikte füğ 2) kişisel kimlikteki değişme ile birlikte füğ 3) retrograd amnezi ile birlikte fügtür. Seyahat kısa süreli, uzun süreli, çoğu kez amaçsız dolaşmaya kadar değişebilir. Kişi füğ öncesindeki duruma dönünce füğ sırasındaki olayları hatırlamaz. 19. yüzyılda füğün nokturnal somnambulizmin uyanıklıktaki karşılığı olarak belirtilmiştir (Rajah ve ark., 2009). Kişi bu durumda karmaşık ve koordine hareketler yapar fakat amnezi ile sonuçlanan bilinç halinin devamlılığında kesintiler vardır. Janet dissosiyasyon ve histeri ile ilgili klasik çalışmalarında füğ durumunu da çalışarak, füğün ruhsal işlevlerin karmaşık gruplarının dissosiyasyonuna bağlı olduğu ve uzağa koşma hissinin eşlik ettiği birçok durumla birleştiren güçlü bir duygu ve his durumu çevresinde organize olduğu hipotezini ileri sürmüştür. DF'nin DA, DKB veya diğer travma spektrumundan farklı bir bozukluk olarak değerlendirilmesine olanak sağlayacak yeterli derecede bilgi birikimi mevcut değildir (Lowenstein ve Putnam, 2007).

DSM IV-TR tanı kriterleri:

- A) Başlıca bozukluk, geçmişini unutup, birden, beklenmedik bir biçimde evinden ya da alışlageldiği işyerinden ayrılıp gitmedir.
- B) Kişisel kimlik konfüzyonu yeni bir kimliğe bürünme (kısmen ya da tamamen).
- C) Bu bozukluk sadece Disosiyatif Kimlik Bozukluğu sırasında ortaya çıkmamaktadır ve bir maddenin (örn. Kötüye kullanılan bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örn. Temporal lob epilepsisi) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.
- D) Bu semptomlar klinik açıdan belirgin bir strese ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulmaya neden olur.

DKB davranışlarını zaman zaman denetim altında tutan iki ya da daha fazla kimliğin ya da kişilik durumunun varlığıdır. Çoğu kez bireyin adını taşıyan birincil kimlikleri vardır ve edilgen, bağımlı, suçlu ve çökkündür. Alter kimliklerin sıklıkla adları ve birincil kimliğe zıt özellikleri vardır. Kimlik değişimi sırasında hızlı göz kırpma, yüz ifade değişiklikleri, ses veya tutumlarda değişiklik, kişinin düşünce akışındaki bozulmayı içerir (Lowenstein ve Putnam, 2007) . DKB çalışmaları 1970’li yıllarda Arnold Ludwig ve arkadaşlarının çalışmaları ile başlamıştır. Çalışmaları olguların psikobiyolojileri, değişik kişilikler arasında ayırt edici farklılıkları içerir. 1980’lerde birçok araştırmacı erişkinlerde DKB’nin fenomenolojisi, epidemiyolojisi, psikobiyolojisi ve tedavisi ile ilgili sistematik araştırma çalışmaları yapmaya başlamışlardır (Şar 2010). Genel olarak patolojik dissosiyasyonla ilgili yeterli veri, diğer psikiyatrik tanılarının geçerliliğine uygulanan standartların burada da uygulanması ile kabul gören standartlar oluşturulmuştur. Erken çocukluk döneminde primer bakım veren kişi ile olan bağlardaki bozukluklar ile dissosiyasyonun patolojik seviyelerinin ortaya çıkmasında önemli bir ilişki vardır (Dutra ve ark., 2009).

DSM IV-TR tanı kriterleri

- A) İki ya da daha fazla birbirinden ayrı kimliğin ya da kişilik durumunun varlığı (her birinin kendi içinde oldukça süreklilik gösteren çevre ve benlik algısı, ilişki kurma ve düşünme biçimi vardır.)
 - B) Bu kimliklerden ya da kişilik durumlarından en az ikisi kişinin davranışlarını zaman zaman denetim altında tutar.
 - C) Önemli kişisel bilgileri sıradan bir unutkanlıkla açıklanamayacak biçimde anımsayamama.
 - D) Bu bozukluk bir maddenin (örn. Alkol Entoksikasyonu sırasında görülen ‘blackout’lar ya da kaotik davranış) ya da genel tıbbi durumun (örn. Kompleks parsiyel katılımlar) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.
- Not: Çocuklardaki semptomlar hayali oyun arkadaşlarına ya da başka tür bir oyun fantezisine bağlanamaz.

DP; kişinin kendiliğinden ayrıldığı ya da yabancılaştığı hissi ile sürekli ya da yineleyici durumlardır. Kişi kendisini robotlaşmış, rüyada ya da filmde yaşıyormuş gibi hisseder. Mental süreçlerine, kendi bedenine ya da bedeninin bölümlerine dışarıdan bakıyormuş gibi hissedebilir. Çeşitli türde duyuşsal anestezi, duygulanım yanıtı eksikliği ve konuşmayı da içeren kişinin eylemlerini denetleyemediği hissi sıklıkla bulunur. Kişinin gerçeği değerdendirme yeteneği korunmuştur. Belirtiler belirgin strese ya da işlevsellikte bozulmaya yol açıyorsa konulmalıdır. Kişi bu yaşantıların onların deli olduğunu gösterdiği korkusuna kapılabilir. Dış dünyanın yabancı ya da gerçek dışı olduğu duygusunun da yaşandığı derealizasyon eşlik edebilir (Lowenstein ve Putnam, 2007). Depersonalizasyon ve derealizasyonun geçici yaşantıları, normal ve klinik popölasyonlarda oldukça sık görölmektedir. Depresyon ve anksiyeteden sonra bildirilen üçüncü en sık semptomdur (Baker ve ark., 2003). Esrar, LSD, meskalin daha nadir olarak da antikolinerjik kullanımı ile bir yan etki olarak da depersonalizasyon görölebilir (Favrat ve ark., 2005, Eveloff 1968). Hafif ya da orta derecede kafa travmalarında bilinç kaybı olmadığı ya da az olduğu durumlarda da görölebilir (Gautam ve ark., 1998). DP olan hastalarda normallere kıyasla daha fazla çocukluk çağı travması, özellikle de duygusal kötüye kullanım olduğu bulunmuştur. Genelde DP hastalarının bildirdiği travmalar diğerdissosiyatif bozukluk hastalarının bildirdiği travmalara göre daha hafiftir (Simeon ve ark., 2001). Epilepsi literatürlerinde, depersonalizasyon ve derealizasyon semptomları ile temporal lob ve limbik sistem disfonksiyonu arasında uzun süreli klinik bir ilişki vardır. Wilder Penfield, superior ve orta temporal girusların uyarılması ile depersonalizason semptomlarının oluştuğunu bildirmiştir. Beyin görüntöleme çalışmalarıda DP hastaları ile sınırlı olan tek çalışmada da sağ superior ve orta temporal giruslarda azalmış aktivasyon ve heriki pariyetal lobda artmış beyin glukoz metabolizması bulunmuştur (Lowenstein ve Putnam, 2007).

Depersonalizasyon, dissosiyasyonun nörobiyolojik teorileri kısmında tanımlanan ilaç çalışmalarıda ortaya çıkarılan temel dissosiyatif semptomdur. Depersonalizasyonun migren ve esrarla ilişkilendirilmesi, SSRI'lara genellikle iyi yanıt vermesi bir serotonin prekürsörü olan L-triptofanın tükenmesi ile depersonalizasyon semptomların da artış görölmesi serotonerjik tutulumun olduğuına işaret etmektedir. Bu çalışmalarda, glutamat

reseptörünün NMDA alt tipi depersonalizasyon semptomlarının ortaya çıkarılmasında merkezi rol oynar (Lowenstein ve Putnam, 2007).

DSM IV-TR tanı kriterleri:

A) Kişinin mental süreçlerinden ya da bedeninden ayrıldığı hissinin olduğu ya da sanki bunlara dışarıdan bir gözlemciymiş gibi baktığı, sürekli ya da yineleyen yaşantılarının olması (örn. rüyadaymış gibi hissetme).

B) Depersonalizasyon yaşantısı sırasında gerçeği değerlendirme yetisi bozulmaz.

C) Bu semptomlar klinik açıdan belirgin bir strese ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

D) Depersonalizasyon yaşantısı sadece Şizofreni, Panik Bozukluğu, Akut Stres Bozukluğu ya da diğer bir Dissosiyatif Bozukluk gibi başka mental bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve bir maddenin (örn. Kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

Başka türlü adlandırılmayan (BTA) dissosiyatif bozukluk; dissosiyatif semptom herhangi bir özgül dissosiyatif bozukluk tanı ölçütlerinin karşılanmadığı bozuklukları kapsar. BTA dissosiyatif bozukluk olguları, akut stres bozukluğu, TSSB, somatizasyon bozukluğu için kullanılan tanı kriterlerini de karşılamamalıdır. BTA dissosiyatif bozukluklar klinik olarak heterojen bir dissosiyatif reaksiyonlar topluluğundan oluşur. BTA dissosiyatif bozuklukla ilgili az sayıda sistematik çalışma vardır.

Örnekleri arasında şunlar vardır:

1. Disosiyatif Kimlik Bozukluğu'nun tanı ölçütlerini tam karşılayamayan bu bozukluğa benzer klinik görünüm. Örnekler arasında, a) iki ya da daha fazla birbirinden ayrı kişilik durumunun olduğu ya da b) önemli kişisel bilgiler için amnezinin olmadığı klinik görünüm. vardır.
2. Erişkinlerde depersonalizasyonun eşlik etmediği derealizasyon.
3. Uzun süreli olarak ve yoğun bir biçimde zorla düşünce aşılması dönemlerinden geçen bireylerde ortaya çıkan disosiyasyon durumları (örn. Beyin yıkama, düşünce değişikliğine uğratma, tutsaklık sırasında yeni öğretiler edindirme).
4. Disosiyatif trans bozukluğu: Bilinçlilik, kimlik ya da bellek durumunda tek bir kez ya da döngüsel olan, belirli yörelere ve kültürlere özgü bozukluklar, Disosiyatif trans, kişinin kontrolü dışındaymış gibi yaşanan kalıplaşmış yineleyici (stereotipik) devinimleri ya da davranışları kapsar. İyelik transı, alışlagelen kişisel kimlik durumunun yerini yeni bir kimliğin almasıdır, bir ruh, güç, tanrı ya da başka bir insana bağlanır ve kalıplaşmış yineleyici 'istemsiz' davranışlar ya da amnezi eşlik eder ve olasılıkla Asya'da en sık görülen Disosiyatif Bozukluktur. Örnekleri arasında amog (Endonezya), bebainan (Endonezya), latah (Malezya), pibloktoq (Kuzey Kutbu), ataque de nervios (Latin Amerika) ve iyelik (Hindistan) vardır. Disosiyatif bozukluk ya da trans bozukluğu ortak kültürel ya da dinsel uygulamanın genel kabul gören olağan bir parçası değildir.
5. Genel tıbbi duruma bağlanamayan bilinç kaybı, stupor ya da koma.
6. Ganser sendromu: Disosiyatif Amnezi ya da Disosiyatif Füge eşlik etmemesi koşuluyla sorulan sorulara yaklaşık yanıtlar verme (örn. '2 artı 2 eşittir 5') durumu.

2.3.9. Dissosiyatif bozukluklar ve uyku

Psikiyatrik hastalıklar sıklıkla uyku bozuklukları ve sirkadyen ritimle ilişkilidir. Psikiyatrik hastalıklar ve uyku problemleri çift yönlüdür. Psikiyatrik hastalıklar içinde bipolar hastalıklar, psikotik bozukluklar, anksiyete bozuklukları, yeme bozuklukları uyku ile ilişkili hastalıklar arasında sıklıkla incelenen gruptur (Abad 2005). Dissosiyatif bozukluklarla uyku bozuklukları ilişkisi çok az çalışılmıştır (Küçükgoncu ve ark., 2010).

Dissosiyatif bozukluklar; tehlike ya da ağır bir stres karşısında, bilinç, bellek, kimlik ya da çevrenin algılanmasına ilişkin bütünleşmiş işlevlerde dağılmanın meydana gelmesini ifade eden psikolojik bir kaçış olup, temelinde geçmişteki çatışmalar ve günlük travmatik olaylardan uzaklaşma gereksinimi yatar. Diğer bir ifadeyle, tehlike ya da yoğun stres karşısında kişiliğin parçalanarak kendisini yoğun kaygı halinden korumasıdır. Bu parçalanma, DA, DF, dissosiyatif bayılma, depersonalizasyon, uyurgezerlik, otomatik davranış ve donakalım reaksiyonlarıyla ortaya çıkabileceği gibi, nadiren de bu reaksiyonların en ileri derecesi olan DKB şeklinde meydana gelebilir (Nijenhuis 2000). Gece boyunca yapılan kompleks davranışlar, kabuslar, canlı rüyalar, narkolepsi gibi olağan dışı uyku deneyimleri ile dissosiasyonun arasında ilişki olabileceğini belirtilmiş ve biyolojik anormallikler, travma (Mahoweld ve ark., 2005) ve kişilik özellikleri diye üç model tanımlanmıştır. Biyolojik modelde stres, uyku yoksunluğu, nörolojik yaralanma durumlarında SSS'de normal dinamik organizasyonunda zamanlama ve ateşleme hatası olabileceği üzerinde durulmuştur. Bu durumda uyanıklık ile REM ya da NREM in çakışabileceği üzerine dikkati çekmişlerdir. Uyanıklık durumu ile NREM çakışmasında UG ve dissosiyatif hastalık olabileceği üzerinde durularak, uyanıklık durumundaki motor aktivitenin devam ettiği, korteksin aktive ettiği dikkat ve hafıza inaktif olduğu belirtilmiştir (Koffel ve Watson., 2009). Uyanıklık ve uyku durumlarının karışması sonucunda gün içinde ve gece süresince olan belirtilerinin olabileceği ve uyanıklıkta aminerjik nöronların aktive olduğu kanın dorsolateral prefrontal korteks ve hipokampusa doğru aktığını, REM uykusu sırasında kolinerjik nöronların aktive olduğu, kanın subkortikal limbik yapılara doğru aktığı belirtilmekte ve dissosiyasyona yatkın olan bireylerde kalıtsal ya da kazanılmış kolinerjik sistem hipersensitivitesi olduğunu bu nedenle uyanıklıktan rüya

benzeri durumlara kolayca geçebileceklerini ileri sürülmüştür (Kahn ve ark., 2000). Şar ve ark.ları DKB’de bilateral orbitofrontal kortekste kan akımının azalması ve frontal ve bilateral oksipital lobda kanlanma artışı olduğu tespit edilmiştir (Şar ve ark., 2007). Dissosiyatif skorlaması yüksek olan hastalarda EEG’de delta ve teta aktivitesinin yüksek, alfa aktivitesinin düşük olduğu gösterilmiştir (Thorpy ve Plazzi, 2010).

Travma ve istismar, gün içinde dissosiyasyon ve uygunsuz uyku deneyimlerine yol açabilir (Abrams ve ark., 2008, Ağargün ve ark., 2003a). Bununla birlikte bazı çalışmalarda da travmatik olayla dissosiyasyon arasında ilişki bulunamamıştır (Giesbrecht ve ark., 2007, Giesbrecht ve Merckelbach, 2004). UG ve UT gibi arousal parasomnilerin dissosiyatif davranıştan köken aldığı hipoteze edilerek uyku ile ilişkili dissosiyatif bozukluk tanısı konulmadıkça UG veya UT tanısı konulabileceği üzerinde durulmaktadır (Thorpy ve Plazzi, 2010). UG ve UT’nün semptomatik koruyucu dissosiyatif mekanizma olduğu, tolere edilemeyen uyarılar, hisler ve hatıraların mental savunma sisteminin zayıflaması sonucu uykuda açığa çıktığı düşünülmüştür (Ağargün ve ark., 2003a, Thorpy ve Plazzi, 2010).

Bu teorileri açıklayabilmek için yeterli çalışmanın olmadığı, gece uygunsuz uyku ve gündüz dissosiyatif deneyimleri olan hastaya PSG yapılması gerekliliği üzerinde durulmaktadır. Crisp ve ark. (1996) UG ve UT’nin uykuda görülen dissosiyatif hastalıklar olduğundan bahsetmiştir. UG ile ilgili psikodinamik yaklaşım kısıtlı olmasına rağmen mental savunma mekanizması olarak dissosiyasyonla oluştuğu düşünülür. PSG ile saptanan semptomun elektrofizyolojik özelliklerine fizikokimyasal tedavi yaklaşımı nedeni ile UG, UT ve dissosiyatif bozukluklar ilişkisine zıt görüşler ortaya çıkmıştır. Fisher ve ark. da kişilerin anksiyetelerini kontrol edemedikleri için parasomni durumu olabileceğinden bahsetmişlerdir. Yavaş dalga uykusunda kortikal kanlanmanın minimal olduğu ve serebrokortikal defansın istirahatte olduğunu, kişilik özellikleri ile ilişkili davranış ve hislerin kaçabileceği belirtilmiştir. Daha masif serebral dissosiyatif prosesin uyanıklık / bilinçli normal selften geçerek uykuda hareket, algı, his gibi değişikliklere yol açabileceği belirtilmiştir. Bazı hastalarda uyanıklıkta da benzer durumlar olabileceği histerik amnezinin bu durumun en klasik örneği olduğu vurgulanmıştır. Histerik amnezi ile de

DKB arasındaki ilişkiye dikkat çekmiştir. Toplumda çoğu insanın derin dalga uykusundan uyandırıldıktan sonra kendiliği ve çevresi ile ilgili disoryantasyon yaşayabilir. Eğer kişilerde dissosiyatif yatkınlık varsa uyanıklıkta tamamen blokaj ve internal psikolojik durumların ortaya çıkabileceği belirtilerek bu mekanizma ve beyindeki ani arousalların muhtemel en iyi evrensel mekanizma olabileceği belirtilmiştir (Crisp 1996).

UG, UT'nin motor ya da affektif formlarının olduğu ve amnezinin ile sonuçlandığı belirtilmiştir. UG ve UT hastalarında sıklıkla psikolojik travmaların olduğu ve depresyon skalalarının yüksek olduğu görülür. Travması olmayan grupta uyanıklıkta dissosiyatif belirtilerin görülmediği saptanmıştır. Van der Kolk ve Van der Hart (1989) uzamış ya da şiddetli travması olan kişilerde yaygın fizyolojik arousallar olduğundan bahsetmiş ve sensoriomotor form ve bilinçli uyanıklılığın olmaması, dissosiyatif durumlar olarak kodlanmıştır. Bu açıklamalar aynı zamanda PTSS ve DKB ile ilişkili travmanın açıklamasında da kullanılmıştır. Broughton ve Fischer derin dalga uykusunda hafızanın organize olduğunu daha sonra unutulduğunu, parasomninin muhtemelen hoşlanılmayan düşüncelerin bu evrede ortaya çıkması sonucu oluştuğunu savunur (Küçükgoncu ve ark., 2010). Bazı olgularda parasomninin hoşlanılmayan repress travmatik deneyim derin dalga evresinde tekrar ortaya çıktığını belirtir. Eğer UG ve UT, travma ile ilişkili derin dalga uykusunda olan düşüncelere cevapsa parasomninin dissosiyatif bir prosesin bir varyantı olarak kabul edilebilir ve arousal durumu oluşturarak uykuyu böldüğü düşünülür.

Crisp yakın zamanda UG, UT'nin derin uykuyu bölebilmesi için kişiyi normal uyanıklık durumunda iken koruyan ön beyin ve savunma mekanizmalarının (inkar ve repressyon gibi) durması gerektiğini belirtmiştir (Crisp 1996). Van der Kolk ve ark.ları savaş deneyimi gibi travmatik yaşantısı olan 15 kişiyi PSG ve psikometrik testlerle incelemiştir. Çalışmasında gece kabusları olduğunu saptamış bu durumun da sıklıkla uykunun birinci döneminde olmak üzere herhangi bir döneminde görüldüğünü vücut hareketlerinin eşlik ettiğini, rüyalarını ayrıntılı olarak hatırladıkları belirtmiştir. Kişiler arası ilişkilerinde kapalı olduklarının, gece kabuslarında sıklıkla travma sırasında dissosiyasyon ettikleri agresyon ve çaresizlik duygularını yaşadıklarının altını çizmiştir (Van der Kolk 1984).

Dissosiyatif deneyimlerin sadece gün içinde değil uyku sırasında da ortaya çıktığı, uykuda davranış bozukluğuna neden olabileceği belirtilmiştir (Tuncel ve Orhan., 2009). Epidemiyolojik çalışmalarda PTSTB'nin semptomları ile uyku sırasında olan kompleks ve şiddet içeren davranışlar (vurma, yatakta dönme, yataktan kalkma gibi) arasında önemli bir birliktelik saptanmıştır. Buna karşılık uykusunda şiddet içeren ve tehlikeli davranışlar yapan hastalarda dissosiyasyon skorunun daha yüksek olduğu bulunmuştur (Koffel ve Watson, 2009).

Geçmişte yapılan çalışmalar genel psikopatoloji ile uyku kalitesi arasında pozitif ilişkiyi vurgulamasına rağmen genel uyku kalitesi ile dissosiyasyonun gün içi deneyimleri ve gece deneyimleri arasındaki ilişkinin analizine yönelik çalışmaya rastlanılmamıştır. Küçükgoncu ve ark.ları (2010) uyku süresi, latansı, bozukluklar, etkinlik gibi genel uyku kalitesi, dissosiyatif deneyimler ve uyku ile ilişkili deneyimler arasında ilişkiyi gözden geçirmişlerdir. Birçok çalışma uyku ile ilişkili deneyimlerle dissosiyasyonu Iowa Uyku Envanteri Ölçeği (IUDÖ) kullanarak araştırmışlar. Uyku ile ilişkili deneyimlerle dissosiyasyon bulgularının birbiri ile çakışabileceğinden bahsetmişlerdir (Fassler 2006, Koffel ve Watson, 2009, Koffel 2011). Yakın geçmişteki çalışmalarda da DYÖ'in IUDÖ genel uyku deneyimleri skalası ile korole olduğu bulunmuştur (Giesbrecht ve Merckelbach, 2004, Giesbrecht ve ark., 2006). Dissosiyatif belirtiler ve uyku ile ilişkili deneyimlerin birbiri ile çakışması uyku - uyanıklık siklusünde uykudan uyanıklığa geçerken sınırlar arasındaki belirsizliğin gün içi ve gece süresince olan deneyimlere yol açması nedeni ile olabileceği ileri sürülmüştür (Koffel ve Watson, 2009). Bir başka görüşe göre de dissosiyatif semptomların labil uyku uyanıklık siklusünün artması ve bu kişilerde normal uyanıklık durumundan rüya benzeri duruma kolayca geçebileceği belirtilmiştir (Fassler 2006). Hobson ve ark.ları da uyku ile ilişkili deneyimler ve dissosiyasyonun belirtilerini çakışmasını artmış kolinerjik aktivite sensitivitesi olduğunu vurgulamışlardır. Stres ve travmanın hem gündüz hem de gece deneyimlerini bozduğu, travmanın genellikle flaşbek gibi gün içi dissosiyasyon ve gece kabusu gibi uyku bozukluğunun kaynağı olabileceği üzerinde durulmuştur. Ağargun ve ark. adolesan grupta travma ve gece kabusu ilişkisini araştırmış, rüya anksiyetesi, dissosiyatif deneyimler ve çocukluk çağı travmatik olayları ile ilişkisi olduğu saptanmıştır. Başka bir görüşe göre absorbsiyon ve fanteziye yatkın olan kişilerde gün içi ve gece vakti olabilecek deneyimlerin çakışabileceği

vurgulanmıştır (Küçükgoncu ve ark., 2010). Dissosiyasyonun sadece dissosiyatif amnezi gibi gerçek dissosiyatif semptomlarla olmayacağı absorbsiyon gibi dissosiyatif olmayan fenomenler şeklinde de olabileceği üzerinde durulmuştur. Dissosiyatif olmayan fenomenler; absorbsiyon, gündüz rüyaları, zaman algısı değişimi, bilinçte trans benzeri değişikliklerdir. Bu değişikliklerin adaptif ya da maladaptif değişim olup olmadığı açık değildir. Birçok otorite bu değişiklikleri dissosiyatif fenomen olarak değerlendirmektedir (Koffel ve Watson, 2009). Küçükgoncu ve ark.(2010), uyku süresi ve latansını etkileyen uyku bozukluklarının genel uyku karakterleri ile değil, dissosiyasyon ve uyku ilişkili deneyimlerle ilişkisi olduğunu göstermiştir.

Gelecekte çocukların ve erişkinlerin travma veya istismar sonrasında genel olarak dissosiyatif hastalıklar ve özellikle uyku ilişkili dissosiyatif hastalık sıklığının saptanması için prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır. Bu teorileri açıklayabilmek için yeterli çalışmanın olmadığı, uykuda ortaya çıkan uygunsuz davranışlar ve gündüz dissosiyatif deneyimleri olan hastalara PSG yapılması gerekliliği üzerinde durulmaktadır (Kaynak ve Ardıç, 2010, Thorpy ve Plazzi, 2010).

2.3.10. Parasomni ve dissosiyasyon

Dissosiyasyon farklı mental işleyişlerin genel beyin aktivitesinden ayrılmasıdır. Bu durum bilinç bütünlüğü, hafıza, kimlik ya da çevrenin algılanmasında bozulmaya neden olur. Uyku ilişkili dissosiyatif bozukluklar, dissosiyatif hastalıkların bir varyantıdır; uyanıklıktan uykuya geçişte, NREM uyku ya da REM uykudan uyandıktan birkaç dakika içinde uykunun herhangi bir noktasında parasomni başlayabilir (Chu ve Dill, 1990, AASM 2005). Birçok uyku ilişkili dissosiyatif hastalıkta gün içi davranış bozukluğu, konfüzyon, gece deneyimi ile ilişkili amnezi vardır. Çocuk istismarı (Chu ve Dill, 1990), savaş deneyimi, erişkin kişiler arası şiddet, doğal afetler gibi predispoze ya da presipite edici faktörler sıklıkla uyku ile ilişkili dissosiyatif bozuklukta bulunur (Bremner ve ark., 1996). Uyku ilişkili dissosiyatif bozukluklar uyanıklıkta da ortaya çıkan, fakat genellikle uykuda oluşan bozukluklardır. Nokturnal dissosiyatif döngüde, hasta çeşitli hareketler

sergileyebilir bunlar ayrıntılı, bizar, birkaç dakikada ya da saatte sonlanan ya da daha uzun süren döngülerdir.

Hastalar algılanan rüya ile ki bu durum geçmişteki istismarın uyanık hafızadan dissosiasiyeye olmasını rüya olarak algılar, belirli ajitasyon (bağırma, çılgınca koşma), nokturnal füğ durumlarını (evi terk etme), anormal yeme ipuçları (tikanırcasına yeme, pişmemiş gıdaların tüketimi) içerir (AASM 2005). Hastanın klinik özellikleri spesifik dissosiyatif hastalık subtipi ile desteklenebilir, uyku ilişkili döngü, özellikle dissosiyatif kimlik bozukluğu, dissosiyatif füğ ya da BTA dissosiyatif hastalığı ile ilişkili olabilir (Schenck ve ark., 1989, AASM 2005).

Herhangi bir form uyku ilişkili dissosiyatif bozuklukta başlangıç kademeli ya da sporadik olabilir. Kadınlar sıklıkla etkilenmiştir ve başlangıç çocukluktan orta yaşa kadar aralıktadır olabilir. Seyir sıklıkla kroniktir ve ciddidir. Olaylar haftada birçok gece de birkaç defa olabilir. Komplikasyonları hasta ve / veya yatak arkadaşının yaralanması; ekimoz, laserasyon, fraktür ve yanıklar şeklindedir. Bu hastalığın değişik klinik prezentasyonu vardır (Thoropy ve Plazi, 2010).

Uyku ile ilişkili dissosiyatif bozukluk tanısı konulmadıkça UG ve UT gibi arousal parasomnilerin dissosiyatif davranıştan köken aldığı hipoteze edilir (Thoropy ve Plazzi, 2010). UG ve UT'nin semptomatik koruyucu dissosiyatif mekanizma olduğu düşünülür, tolere edilemeyen uyarılar, hisler ve hatıraların kortikal inhibisyon azalması sonucunda ortaya çıkar (Hartman ve Crisp, 2001). Bazı nokturnal döngüler UG, UT, uyku ile ilişkili dissosiyatif bozuklukta benzerdir.

Parasomni ve Dissosiyatif Hastalıkların ortak ve ayrılan özellikleri şunlardır:

- 1) Fiziksel, seksüel, duysal istismar gibi çeşitli psikososyal, tıbbi ve çevresel stresörler gerek parasomni gerekse dissosiyatif hastalıkların ortaya çıkmasında önemli rol oynar. Dissosiyasyonda farklı mental işleyişlerin beyin aktivitesinden ayrılması ile kişinin bilinç bütünlüğü, bellek, kimlik ve çevre algılamasında sorun olur. Travmatik yaşantının uyanık hafızadan dissosiyeye olması ile kişide bağırma, koşma, evi terk etme, anormal yeme davranışları gibi hareketler ortaya çıkabilir. Uyku esnasında mental savunma sisteminin azalması sonucu tolere edilemeyen uyarılar, hisler ve anılar çeşitli davranışsal semptomlar şeklinde kendini gösterebilir, parasomni nedeni olabilir ya da parasomni şiddetini arttırabilir. Bu durumun tıpkı uyanıklıkta olduğu gibi semptomatik koruyucu dissosiyatif mekanizma olduğu düşünülür. UT, UG'nin dissosiyatif davranıştan köken aldığı hipotezine dayanarak bu hastalıkların aynı kökenden olabileceği ya da aynı hastalık gruplarının farklı görünimleri olabileceği düşünülür.
- 2) Dissosiyatif bozukluklar ve parasomni ilişkisini araştıran çalışmalarda tanımlanan biyolojik modele göre çeşitli stresör faktörlerin etkisi sonucu SSS'de zamanlama ve ateşleme hatası sonucu uyanıklık, NREM uyku ve REM uykuda çakışma olabileceği belirtilmektedir. Bu durum kişide uyanıklık dönemindeki motor aktivitenin devam etmesine, korteksin baskılanması sonucu dikkat ve hafızanın da baskılanmasına yol açar. Sonuçta kişide UG, dissosiyatif hastalıkta görülen klinik belirtilerin ortaya çıkabileceği üzerinde durulmaktadır.
- 3) Hoşlanılmayan represe travmatik deneyim derin dalga evresinde tekrar ortaya çıktığı belirtilir. Eğer UG ve UT, travma ile ilişkili derin dalga uykusunda olan düşüncelere cevapsa parasomninin dissosiyatif bir prosesin bir varyantı olarak kabul edilebilir ve arousal durumu oluşturarak uykuyu böldüğü düşünülür. Arousallar bir taraftan uykunun doğal seyrinin sürmesini sağlarken diğer taraftan iç ve dış uyaranlara karşı oluşan bir önlemdir. Arousal fluktasyonundaki değişiklikler sıklıkla yavaş dalga sırasında ya da yavaş dalgaya geçiş esnasında görülür ve NREM parasomni olarak karşımıza çıkar. Böylece parasomni ve dissosiyasyonun karşılıklı etkileşim içinde olduğu söylenebilir.

- 4) Uyku süresi, latansı, bozukluklar, etkinlik gibi genel uyku kalitesi, dissosiyatif deneyimler ve uyku ile ilişkili deneyimler arasında ilişki gözden geçirilmiş, uyku süresi ve latansını etkileyen uyku bozukluklarının, dissosiyasyon ve uyku ilişkili deneyimlerle ilişkisi olduğunu belirtilmiştir. Birçok çalışmada uyku ile ilişkili deneyimlerle dissosiyasyon bulgularının İUDÖ kullanılarak araştırılmış ve her iki durumun birbiri ile çakışabileceği, DYÖ'in İUDÖ genel uyku deneyimleri skalası ile korole olduğunun bulunması her iki hastalığın ortak yönleri ve uyku üzerindeki etkileri yönünde düşündürür.
- 5) Uyku-uyanıklık, NREM ve REM uyku değişimi kolinerjik, GABAerjik, glutamerjik, noradrenerjik, serotonerjik, histaminerjik ve oreksinerjik nöron bölgelerinde olan etkileşim sonucudur. Talamokkortikal hücrelerin hiperpolarizasyonu arousal oluşturabilecek endojen ve eksojen uyarıların kortekse ulaşmasına engel olur. GABA, hiperpolarizasyon şiddetinin artması neden olur, derin uykuya geçilir. Kolinerjik uyarıların bu hücreleri yeniden depolarize etmesi ile yavaş dalga uykusu yerini uyanıklığa ve REM'e bırakır. Parasomnik hastalarda hiperpolarizasyon değişiklikleri ve GABA etkileşimindeki farklılıklar arousal reaksiyonuna neden olabilir. Dissosiyasyonda NMDA glutamat resptörleri kilit rol oynar. Stresle hiperglutamiterjik etki sonucu dissosiyasyonunun olduğu bilinmektedir. Glutamatın eksitator etkisi ve GABA üzerindeki inhibitör etkisi de göz önüne alındığında her iki hastalıkta nörotransmitter düzeyinde etkileşim beklenebilecek bir sonuç olabilir.
- 6) NREM uykuda talomokortikal bölgelerde, REM uykusunda lateral hipotalamus, amigdalayı ve striatal alanları içeren limbik ve paralimbik bölgelerde, orbitofrontal, singulat, entorinal ve insular tabakalarda aktivasyon vardır. Hipokampus ve amigdala, duysal kapılama, duysal bilgi işleme, içerik analizi, şimdiki yaşantıyı geçmiş yaşantılarla karşılaştırma işlevlerinde anahtar yapılarıdır. Hipokampus ve ilişkili olduğu medial temporal lob bellek sistemi, dış dünyadan gelen uyarılar ve onların ilişkili olduğu içerikle ilgili ipuçlarını değerlendirirken, amigdala dış uyarıların, duyguları ilgilendiren iç uyarılarla eşleştirilmesini ve duysal koşullanmayı sağlar. Disosiyatif durumlarda da özellikle hipokampal ve orbitofrontal alanlarda perfüzyon değişiklikleri vardır. Çocukluk çağı travmasının nörogelişimsel sürece etkisi sonucu orbitofrontal bölgede bilateral perfüzyonun azaldığından bahsedilmiştir. Stresle HPA aks, noradrenerjik sistem ve hipokampal sistemde değişiklikler olduğu belirtilmektedir. Hem parasomni hem de

dissosiyasyonda benzer bölgelerde oluşan etkileşim değişiklikleri bu hastalıkların ortak yönleri olduğunu düşündürür. Oluşum hipotezine göre parasomninin, öğrenilmiş, gerilim azaltıcı bir telafi mekanizması ile ortaya çıkması ve bu hipotezin aynı zamanda disosiyasyon için de geçerli olması her iki durumun oluşum süreci ve etkilediği beyin bölgeleri arasında kesişen noktalar olabileceği ileri sürülebilir.

- 7) Parasomni incelemelerinde EEG’de K kompleks, geçici delta aktivitesi ile teta, alfa ya da beta ritminin şifti ile birlikte arousallar görülür. Dissosiyatif skorlaması yüksek olan kişilerde EEG’de delta ve teta aktivitesinin yüksek alfa aktivitesinin düşük olduğu bulunmuştur. EEG’de benzer sonuçların çıkması hastalıkların ortak özellikleri olup olmadığı konusunda araştırma konusu olabilir.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Örneklem

Çalışmanın evreni 11.10.2010 ve 01.03.2012 tarihleri arasında Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Poliklinikleri ve Acil Servisine başvuru sonrası Uyku Bozuklukları Merkezi'ne yönlendirilen ve Uyku Bozuklukları Merkezi'ne başvuran hastalar arasından oluşturuldu. Çalışma, başvuru sonrası (n:2217), PSG uygulanan (n:822) hastalardan ICSD-2 tanı ölçütlerine göre Parasomni tanısı konan 36 kişi ile yürütüldü.

Dışlama Kriterleri

1. 18 yaşından küçük olmak
2. Tıbbi değerlendirme ile tespit edilecek düzeyde mental retardasyon, demans, delirium ve diğer amnestik bozukluklardan birine sahip olmak
3. Anamnez öyküsüne göre alkol ve madde kötüye kullanımı / bağımlısı olmak
4. Uyku paternini etkileyecek ilaç kullanmak (lityum, karbamazepin, nöroleptikler, antikolinergikler, sedatif ve hipnotikler, stimülanlar, alkol, bazı antidepresanlar (fluoksetin, imipramin, desimipramin, mirtazepin)
5. PSG yapılmasını engelleyecek kadar bedensel bir kusur ya da gelişim geriliği olmak

3.1.1. Örneklem seçilirken yapılan işlemler

Bu çalışmaya, Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eğitim Planlama Kurulun'dan 11.10.2010 tarih ve 33 sayılı yazısı ile izin alınarak başlanmıştır.

Arousal bozukluk sıklığının %1 olduğu bilinmektedir. Dissosiyatif bozukluk ve parasomni birlikte görülme oranları konusunda yapılmış herhangi bir çalışma bulunmamakla birlikte, uyku ile ilişkili dissosiyatif bozukluk tanısı konulmadıkça

uyurgezerlik ve uyku terörü gibi NREM parasomnilerin dissosiyatif davranıştan köken aldığı varsayıldığından (Thorpy ve Plazzi, 2010) dolayı dissosiyatif gruptaki beklentimiz % 50 olarak belirlenmiştir. Bu veriler ışığında % 95 güven aralığında, grup I'den 15, grup II'den 15 hasta çalışmaya alınması planlanmış olup 11.10.2010 ve 01.03.2012 tarihleri arasında Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uyku Bozuklukları Merkezine başvuran, dahil edilme kriterlerini karşılayan, klinik ve polisomnografik olarak parasomni tanısı konulan hastaların tamamı çalışmaya dahil edilmiştir. Bu hesaplamalar yapılırken Software epi-info 3.5.2. (CDC) kullanılmıştır.

Hastanın öyküsü, muayenesi sonucu PSG uygulanan hastaların PSG kayıtları Prof Dr. Zerrin Pelin ve Doç. Dr. Mustafa Bilici tarafından skorlandı. 36 hastanın 30'u Prof. Dr. Zerrin Pelin, 6'sı Doç. Dr. Mustafa Bilici tarafından değerlendirildi.

Her iki klinisyenin çalışmaya başlamadan önce PSG skorlarken kappa değeri 0.70 olarak bulundu.

Çalışmaya katılmayı kabul eden dahil edilme kriterlerini karşılayan ve dışlama kriterleriyle dışlanan 36 hastaya çalışma hakkında bilgi verilip aydınlatıldı, onam formu imzalatılarak onamları alındı. Parasomni ve dissosiasyatif bozukluk olan hasta grubu; grup I, sadece parasomnisi olan hasta grubu ise grup II olarak adlandırıldı.

Tüm hastalara klinisyen tarafından HDDÖ, SCID-D uygulandı. Katılımcıların değerlendirdiği ölçekler olan DYÖ, IUDÖ, PUKİ, ÇÇTÖ -28, BDÖ tüm hastalar tarafından dolduruldu.

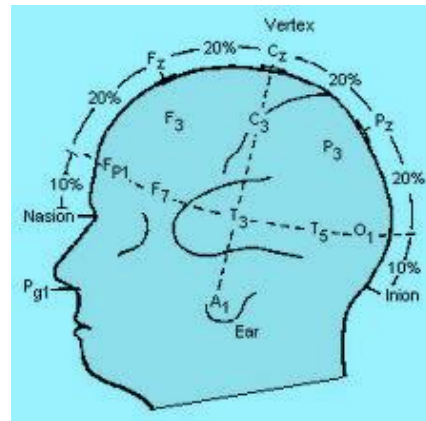
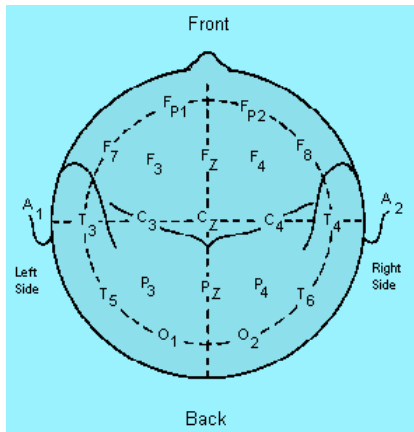
3.2. Veri Toplama Araçları

3.2.1. Veri toplama formu

Hastaların yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim yılı ve çalışma durumu gibi sosyodemografik değişkenlerinin, ağırlık, boy ve vücut kitle indeksi ölçümleri ve uykuda hareketleri neticesinde yasal öykünün olup olmaması gibi verilerin kaydedildiği bir formudur (Ek-2) .

3.2.2. Polisomnografi uygulaması ve raporu

Polisomnografik incelemede, elektrodların uluslararası 10-20 montaj sistemine uygun olarak yerleştirildiği C4-A1, C3-A2, O2-A1, O1-A2, F4-A1, F3-A2 olmak üzere 6 kanal EEG, sağ ve sol göz hareketlerinin monitorizasyonu için 2 kanal EOG, çene EMG'si, anterior tibialis EMG'si, nazal kanül ile oro-nazal hava akımı, arteriyel oksijen satürasyonu, göğüs ve karın bandı ile solunum eforu ve EKG kayıtları yapıldı.



PSG RemLogic programı ile skorlandı. RemLogic dosya yönetimi, toplama ve inceleme içeren tam özellikli bir yazılım paketidir. Manuel ve otomatik skortlama olanaklarını sunar. Skortlama ve raporlama işlemleri AASM kuralları tarafından belirtildiği

gibidir. Çok yönlü veri toplama işleminde kullandığımız N7000 cihazı 32 kanal başvurusal özelliğine sahip kapsamlı bir PSG amplifikatörüdür.

3.2.2.1. Uyku Periyodu (UP):

Uykuda geçen süre ile uyku başladıktan sonra uyanık geçirilen sürelerin toplamıdır.

3.2.2.2. Uykuya Dalma Süresi (UDS):

Hasta yatağa yatıp ışık kapatıldıktan sonra uykunun başlangıcına kadar geçen süredir.

3.2.2.3. Uykuda Geçen Süre (UGS):

Uykuya daldıktan sonra başlayan, gece içi uyanıklıkların hariç tutulduğu sabah uyanıncaya kadar geçen elektrofizyolojik olarak ölçülen süredir.

3.2.2.4. Gece İçi Uyanıklık Sayısı (GİU):

Uyku başladıktan sonra gece içerisinde uykudan uyanıklık dönemine geçiş sayısıdır.

3.2.2.5. Uyku Başladıktan Sonra Uyanma (WASO: wakeup after sleep onset):

Uyku başladıktan sonra gece içerisinde uyanık olarak geçirilen toplam süredir.

3.2.2.6. Minimum O2 (Min. O2):

Uyku boyunca pulse oksimetre ile ölçülen kan arteryal oksijen saturasyonunun minimum değeridir.

3.2.2.7. Parasomnide baskın olan arousal dalga tipi:

Delta, alfa, verteks keskin dalga olarak belirlendi.

3.2.2.8. Baskın olan Dalga Süresi (BDS):

Arousal oluşturan dalganın süresidir. Metinde uykunun yüzeyelleştiği dalga süresi olarak da geçmektedir.

3.2.2.9. Uyku Etkinliği (UE):

Toplam uyku süresinin yatakta geçirilen süreye oranıdır.

3.2.2.10. Arousal İndeksi (Aİ):

Gece içerisinde ortaya çıkan arousal sayısının toplam uyku süresine oranıdır.

3.2.2.11. Apne Hipopne İndeksi (AHİ):

Uyku sırasında toplam apne ve hipopne sayısının saat başına düşen oranıdır.

3.2.2.12. Peryodik Bacak Hareketleri İndeksi (PBHI):

Uyku sırasında periyodik bacak hareketi kriterini karşılayan hareket sayısının bacak hareketlerinin kaydedildiği toplam uyku süresine oranıdır.

3.2.2.13. Uyku Evreleri Süreleri

N1 süresi, NREM evre I süresinin toplam uyku zamanındaki süresidir. N2 süresi, NREM evre II süresinin toplam uyku zamanındaki süresidir. N3 süresi, NREM evre III süresinin toplam uyku zamanındaki süresidir. REM süresi, REM süresinin toplam uyku zamanındaki süresidir.

3.2.2.14. Hareket:

Arousal reaksiyonu oluşturan dalgalar sırasında EMG ile saptanan kas aktivitesidir.

Tüm polisomnografik parametreler istatistiksel analizde kullanıldı.

3.2.3. Pittsburg Uyku Kalite İndeksi (PUKİ):

Pittsburg Uyku Kalite İndeksi Buyse ve ark. tarafından geliştirilmiştir. Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Ağargün ve ark. tarafından yapılmıştır. Pittsburg uyku kalitesi indeksi sayesinde uyku kalitesinin güvenilir, geçerli ve standart bir ölçümü sağlanabilmektedir. “Uykusu iyi olanlar” (good sleepers) ve “uykusu kötü olanlar” (poor sleepers) arasında istenilen düzeyde güvenilir bir ayırım yapılabilmektedir. Uyku kalitesini

saptayan ölçek toplam 18 öz bildirim sorusundan oluşur. I. ölçeği öznel uyku kalitesini, II. ölçeği uyku latansını, III. ölçeği uyku süresini, IV. ölçeği alışılmış uyku etkinliğini, V. ölçeği uyku bozukluğunu, VI. ölçeği uyku ilacı kullanımı, VII. ölçeği gündüz işlev bozukluğunu değerlendirmektedir. Her bileşen 0–3 arasında puanlandırılarak bu bileşen puanlarının toplamı ölçek puanını verir. Toplam puan 0–21 arasında olup beşten büyük değerler kötü uyku kalitesini, beşten küçük değerler ise iyi uyku kalitesini göstermektedir. Tanısal duyarlılığı % 89,6 ve özgüllüğü %86,5’dir Puanlamada kullanılmayan ek sorularla, hasta hakkındaki veriler hastayla aynı odada yatan eşinden alınır. Bu sorularla hastada uykusu esnasında horlama, tanıklı apne, uyurken bacaklarda seğirme, uyku esnasında şaşkınlık ve huzursuzluk olup olmadığı sorgulanır.

3.2.4. Iowa Uyku Deneyimi Ölçeği (İUDÖ):

1999’da Watson tarafından 19 maddelik başlangıç ölçeği geliştirilmiştir. 2001’de Watson ölçeğin 18 maddelik son halini tariflemiştir. Çeşitli uyku ve rüya benzeri deneyimlerinin sıklığını belirler. Likert tipi ölçüm (1= asla, 2= yılda 1 kereden az, 3=yılda 1 ya da 2 kere, 4=yılda 1-2 kereden fazla, 5= ayda 1-2 kez, 6= ayda 1-2 kereden fazla, 7= haftada 1-2 kereden fazla) sağlar. 2 bölüme ayrılır: genel uyku deneyimi (GUD) ölçümü ve lüsid rüyalar (rüya benzeri) (LR) dır. Genel uyku deneyimi 15 maddeden oluşur. GUD, katapleksi, hipnagogik ve hipnopompik halüsinasyonlar, gece kâbusları, tekrar eden rüyalar, rüyaların hatırlanması, uykudan uyandıran rüyalar, , dissosiyasyon deneyimlerini ölçer. GUD ölçeğinin özellikle dissosiyasyonun absorbsiyon (çevredeki uyarıların seçici özelliklerine dikkat etme) ve imajinasyon komponenti ile kuvvetli ilişkisi vardır. Dissosiyasyon ve uygunsuz uyku deneyimlerinde GUD ölçeği sık kullanılır. LR, rüya benzeri durumu değerlendiren 3 maddeden oluşur. Rüyaları kontrol etme yeteneğini yansıtır. LR’nin dissosiyasyon ölçümleri ile zayıf ilişkisi vardır. Her iki alt grubun ortalama puanları alınır. Tüm öğeler arasında ortalama ile puan ortalaması elde edilir. Türkçe geçerlilik, güvenirliliği yoktur. Türkçe’ye çevrilmiştir. İUDÖ total puanı için Cronbach alfa 0.87, GUD için 0.86, LR için 0.83’dür.

3.2.5. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ):

Depresyon riskini belirlemeyi ve depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmeyi sağlayan kendini değerlendirme ölçeğidir. Depresyon yönünden riski belirlemek ve depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmektir. Ölçeğin amacı depresyon tanısı koymak değil, depresyon belirtilerinin derecesini objektif olarak belirlemektir. Kendini değerlendirme ölçeğidir. Sağlıklı ve psikiyatrik hasta gruplarına uygulanabilir. Toplam 21 kendini değerlendirme cümlesi içermektedir. Dörtlü likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Hastalar ölçeğin üzerine işaretleyerek yanıt verirler. Ölçeğin Türkçe için geçerlilik ve güvenirlik makalesinde kesme puanının 17 olarak kabul edildiği belirtilmiştir (Aydemir ve Köroğlu, 2007).

3.2.6. Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HDDÖ):

M. Hamilton ve B.W. Williams tarafından yapılandırılmıştır. Hastanın depresyon düzeyi ve şiddetini ölçer. Tanı koydurmaz. 17 maddeden oluşur. 0-53 puan arasında değer alır. Klinisyen tarafından uygulanır. Depresif belirtileri olan kişilere uygulanır. Test tekrar test korelasyonu .85 dir. İç tutarlılık çalışmasında Cronbach alfa değeri .75, Spearman-Brown güvenirlik katsayısı .76 dır. Dört psikiyatristin bağımsız derecelendirmesine dayanan derecelendiriciler arası güvenlik katsayıları 0.87 ile 0.98 değerleri arasındadır (Aydemir ve Köroğlu, 2007).

3.2.7. Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DYÖ):

Bernstein ve Putnam tarafından geliştirilen, 28 maddeden oluşan bir ölçektir. Ölçeğin her maddesi için denekler 0-100 arasında puanlama yapmakta, alınan toplam puanların ortalaması hesaplanarak sonuç elde edilmektedir. Psikiyatri hastalarda, travmatik

yaşantıları olan kişilerde, tarama amacı ile klinik dışı popülasyonlarda kullanılır. Hastalar ölçeğin üzerine işaretleyerek yanıt verirler. Ölçekten alınan 30'un üstündeki puanlar dissosiyatif bozukluğun varlığına işaret etmektedir. Ülkemizde yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında, ölçeğin güvenilirliği ile ilişkili olarak iç tutarlılığı (Cronbachalfa=0.91) ve test-tekrar test bağıntısı ($r=0.78$) yüksek bulunmuştur (Aydemir ve Köroğlu, 2007).

3.2.8. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği – 28 (ÇCTÖ-28):

1994 yılında Bernstein 28 tarafından 70 madde olarak geliştirilen bu ölçek, 1995'te 54 maddeye düşürüldü ve Şar tarafından 1996'da Türkçe'ye uyarlandı. Günümüzde kullanılan ölçek üç tanesi travmanın minimizasyonunu ölçen maddeler olmak üzere toplam 28 sorudan oluşmaktadır. Beşli likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir. Çocukluktaki duygusal, fiziksel ve cinsel kötüye kullanım ile fiziksel ve duygusal ihmali değerlendiren sorular içerir. Minimizasyon soruları aldatıcı özelliktedir, sonuçların daha doğru olarak değerlendirilmesi amacıyla dahil edilmiştir. Olumlu ifadeler olmasına rağmen minimizasyonla ilgili maddelerin puanlarını ters çevirmeye gerek yoktur. Çünkü bu üç madde sadece travmanın inkarını ölçmekte ve toplam puanı etkilememektedir. Her soruya 1-5 arasında puan verilir. Duygusal istismar 3,8,14,18,25 numaralı maddelerle, fiziksel istismar 9,11,12,15,17 numaralı maddelerle, fiziksel ihmal 1,4,6,2,26 numaralı maddelerle, duygusal ihmal 5,7,13,19,28 numaralı maddelerle cinsel istismar 20,21,23,24,27 numaralı maddelerle değerlendirilmektedir. ÇCTÖ-28 puanlarının hesaplanmasında önce olumlu ifadelerden (madde 2,5,7,13,19,26,28) elde edilen puanlar ters çevrilir. Beş alt puanın toplamı ÇCTÖ toplam puanını verir. Ölçeğin Türkçe sürümü için kesme puanı hesaplanmamıştır ancak araştırmacılar çalışma bulgularından yola çıkarak bazı kestirimlerde bulunmuşlardır. Bu çalışmanın bulguları cinsel ve fiziksel istismar için 5 puanın aşılmasının, yani sorulardan her hangi birinde en alt düzeyde de olsa evet yanıtı verilmesinin pozitif bildirim olarak sayılması gerektiğini düşündürmektedir. Fiziksel ihmal ve duygusal istismar için bu sınırın 7 puan, duygusal ihmal için ise 12 puan düzeyine çekilebileceği anlaşılmaktadır. Toplam puan için bu sınırın 35 dolayında olabileceği

görülmektedir. Her travma tipi ile ilişkili faktörler için Cronbach alfa, yüksek iç tutarlılık gösterecek şekilde 0.79-0.94 arasında değişmektedir.

3.2.9. Dissosiyatif Bozukluklar İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Çizelgesi (SCID-D):

Marlene Steinberg tarafından geliştirilen SCID-D, tanı gerektiren araştırma çalışmaları için yaygın olarak altın standart sayılmaktadır. Bu görüşme amnezileri, kimlik karmaşası ve değişikliğini, depersonalizasyon ve derealizasyonun varlığını ve şiddetini değerlendiren, hekim tarafından uygulanan yarı yapılandırılmış bir uygulamadır. Beş dissosiyatif bozukluğun hepsi için DSM-IV tanısı sağlar. 276 soru içerir ve her semptomun şiddetini dört puanlık bir ölçekte değerlendirir. Dissosiyatif bozukluk hastaları için uygulama süresi 1-2 saat arasında değişir, ancak dissosiyatif olmayan psikiyatrik hastalar için bu süre kısaldır. SCID-D'nin birçok çalışmada karşılıklı değerlendirme ve sınama-tekrar sınama güvenilirliği vardır ve geçerliliği kabul edilmiştir (Lowenstein ve Putnam, 2007).

3.3. Araştırmanın hipotezleri

1. Grup I'de, Grup II'ye göre PUKİ, GUD, ÇÇTÖ, HDDÖ, BDÖ puanları, Arousal indeksi ve süresi daha fazladır.
2. Grup I'de Grup II'ye göre uyku süresi, uyku latansı, uyku etkinliği gibi genel uyku kalitesi ile dissosiyatif deneyimler ve uyku ilişkili deneyimler arasında ilişki vardır.

3.4. İstatistiksel Analiz

Bu çalışmada istatistiksel analizler SPSS 18.0 (Statistical Package for the Social Sciences) kullanılarak yapıldı. Anlamlılık için $p < 0.05$ kabul edilmiştir. Grup sayıları ($n/s < 30$) olduğu için parametrik olmayan testler kullanıldı. Sürekli değişkenler ortalama ve standart sapma, katagorik değişkenler ise sıklık ve yüzde olarak verilmiştir. Analizde, Mann Whitney U,

Ki-Kare, Fisher kesin Ki-Kare testi, Spearman korelasyon analizi testleri, ayrıca varyanslığin homojenliğinin araştırılması için Levene testi kullanılmıştır.



4. BULGULAR

4.1. Grup I ve Grup II'nin Sosyodemografik Özellikleri

Grupların sosyodemografik özellikleri Tablo-1'de gösterilmiştir. Tabloda da görüldüğü gibi her iki grubun cinsiyet dağılımında istatistik olarak fark bulundu (χ^2 :5.78, p:0.01).

Dissosiyatif bozukluk tanısı konulan hastaların % 33.3'ünde dissosiyatif amnezi, %13.3'ünde dissosiyatif füğ, % 53.4'ünde başka türlü adlandırılmayan (BTA) dissosiyatif bozukluk tanısı olduğu saptandı.

Tablo- 1: Grupların Demografik Özellikleri ve Karşılaştırılması

	Grup I (n=15)		Grup II n=21)		χ^2	p
	n	%	n	%		
Cinsiyet						
Kadın	13	86.7	10	47.6	5.78	0.01
Erkek	2	13.3	11	52.4		
Medeni durum						
Bekar	3	20.0	7	33.3	1.37	0.50
Evli	10	66.7	13	61.9		
Boşanmış	2	13.3	1	4.8		
Eğitim seviyesi						
Okuma-yazma					1.99	0.57
yok	1	6.7	0	0.00		
İlköğretim	2	13.3	2	9.5		
Lise	6	40.0	9	42.9		
Yüksek okul	6	40.0	10	47.6		
	Ort.±SS		Ort.±SS		z	
Yaş	34.73±11.11		5.19±11.17		-0.145	0.89
Boy	159±0.07		168±0.11		-2.142	0.03
Kilo	62.60±9.79		95.7±11.86		-1,526	0.13
BMI	24.46±3.74		24.38±2.71		0,42	0.68

z: Mann-Whitney U test, SS: Standart Sapma, χ^2 : Ki-Kare test

4.2. Grup I ve Grup II'nin Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Grupların klinik ölçek puan ortalaması Tablo-2'de gösterilmiştir. Tabloda da görüldüğü gibi DYÖ toplam puanı, ÇÇTÖ toplam puanı, PUKİ toplam puanı, İUDÖ toplam puanı, BDÖ ve HDDÖ puanı gruplar arasında istatistik olarak farklılık saptandı (z:-5.06, p:0.00; z:-2.78, p:0.00; z:-2.76, p:0.00; z:-1.96, p:0.00; z:-3.49, p:0.00; z:-4.03, p:0.00).

PUKİ I. ölçeği olan öznel uyku kalitesi, II. ölçeğini olan uyku latansı ve V. ölçeğini olan uyku bozuklukları her iki grup arasında istatistiksel olarak farklı bulundu (z:-2.19, p:0.03; z:-3.26, p:0.00; z:-2.95, p:0.01).

Gruplar arasında İUDÖ GUD alt grubunda istatistiksel olarak fark saptandı (z:-2.60, p:0.00).

Gruplar arasında yasal durum bakımından farklılık saptanmadı.

Tablo- 2: Grupların Klinik Özelliklerinin Tanımlayıcı Özellikleri

Değişkenler	Grup I (n=15)		Grup II (n=21)		z	p
DYÖ	42.65±15.04		5.38±4.20		-5.06	0.00
ÇÇTÖ-28	11.14±3.55		7.80±2.21		-2.78	0.00
PUKİ						
Öznel uyku kalitesi	2.06±0.79		1.42±0.74		-2.19	0.03
Uyku latansı	1.80±0.56		1.19±0.40		-3.26	0.00
Uyku süresi	1.40±1.18		1.04±0.86		-0.81	0.42
Alışılmış uyku etkinliği	2.53±0.99		2.42±1.07		-0.29	0.77
Uyku bozukluğu	2.53±0.51		2.00±0.44		-2.95	0.00
Uyku ilacı kullanımı	2.13±1.30		1.42±1.46		-1.55	0.12
Gündüz işlev bozukluğu	2.20±0.77		1.66±0.85		-1.90	0.06
Toplam puan	14.66±3.51		11.19±3.21		-2.76	0.00
İUDÖ						
GUD	3.59±1.29		2.45±0.89		-2.60	0.01
LR	1.96±1.40		1.97±1.16		-0,38	0.70
Toplam puan	5.55±2.16		4.33±1.77		-1.96	0.05
BDÖ	23.93±6.25		11.57±10.78		-3.49	0.00
HDDÖ	16.26±3.76		7.57±5.47		-4.03	0.00
	n	%	n	%	χ^2	p
Yasal Durum	0	0	0	0		

z: Mann-Whitney U test, DYÖ: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, ÇÇTÖ-28: Çocukluk Çağı Travma Ölçeği-28, PUKİ: Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi, İUDÖ: Iowa Uyku Deneyimleri Ölçeği, GUD: Genel Uyku Deneyimi, LR: Lusid Rüyalar, BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, HDDÖ: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği

4.3. Grup I ve Grup II'nin Uyku Parametrelerinin Karşılaştırılması

Grup I ve grup II'nin hepsinde uykunun yüzeyelleştiği dalga delta dalgası iken, grup I'de 12 hasta (% 80), grup II' de 13 hastada (% 61.9) delta dalgasına ek olarak alfa dalgası ile de uykunun yüzeyelleştiği görüldü. Bu oranlar arasında istatistik olarak farklılık saptanmadı. Grup I hastaların bir tanesinde (% 6.7) verteks keskin dalga ile de uykunun yüzeyelleştiği bulundu. Her iki grup arasında uykunun yüzeyelleştiği dalgaların süresi ve gece içi uyanıklık sayısında istatistiksel anlamlılık saptandı (z:-3.37, p:0.00; z:-2.55, p:0.01). Grup I hastaların N1 faz süresi diğer grubun oranından istatistiksel olarak farklı bulundu (z:-3.10, p:0.001) (Tablo-3).

Tablo- 3: Grupların Uyku Parametrelerinin Karşılaştırılması

Değişkenler	Grup I (n=15)		Grup II (n=21)		z	p
BDS	32.36±19.89		18.23±18.95		-3.37	0.00
Hareket	1.00±0.00		0.95±0.21		-0.85	0.39
UDS	10.77±11.10		9.21±10.21		-0.79	0.43
UP	410.69±15.74		422.22±34.02		-0.85	0.39
UGS	371.94±37.11		383.65±46.81		-1.11	0.27
WASO	38.12±38.32		38.25±36.99		-0.02	0.98
GİU	1.84±0.91		1.13±1.02		-2,55	0.01
Min. O2	91.93±2.84		89.34±8.32		-0.87	0.38
	Ort±SS		Ort±SS		z	p
N1 süresi	5.30±1.71		3.19±1.78		-3.10	0.00
N2 süresi	62.45±6.25		59.99±13.39		-0.13	0.89
N3 süresi	24.06±6.55		30.63±21.65		-0.67	0.50
REM süresi	8.06±6.25		7.89±7.75		-0,27	0.78
UE	88.24±8.41		89.07±9.54		-0.45	0.65
Arousallar	23.26±26.55		60.33±93.47		-0.90	0.37
Aİ	3.84±4.23		11.04±16.34		-0.75	0.45
AHİ+PBHİ	8.03±14.62		4.08±4.81		0.35	0.65
	n=15	%	n=21	%	χ²	p
Alfa dalga	12	80	13	61.9	0.29	0.29
Vertex keskin dalga	1	6.7			0.42	0.41
Delta dalga	15	100	21	100		

z: Mann-Whitney U test, χ^2 : Ki-Kare test, SS: Standart Sapma, BDS: baskın olan dalga süresi, Hareket: Arousal reaksiyonu sırasında EMG aktivitesi, UDS: Uykuya Dalma Süresi, UP: Uyku Peryodu, UGS: Uykuda Geçen Süre, WASO: Uyku Başladıktan Sonra Uyanma (WASO: wakeup after sleep onset), GİU: Gece İçi Uyanıklık Sayısı, Min. O2: Minimum O2, UE: Uyku Etkinliği, Aİ: Aousal İndeksi, AHİ + PBHİ: Apne Hipopne İndeksi + Peryodik Bacak Hareketleri İndeksi

4.4. Grup I'in Klinik Değişkenlerinin Birbiri ile İlişkisi

DYÖ ile İUDÖ ve İUDÖ alt bileşenleri GUD ve LR, İUDÖ ile PUKİ ve HDDÖ, İUDÖ ile PUKİ alt ölçeği olan uyku bozukluğu, İUDÖ alt ölçeği GUD ile PUKİ alt ölçeği olan uyku bozukluğu, BDÖ ile PUKİ alt ölçeği uyku süresi ve uyku bozukluğu, ÇÇTÖ-28 ile PUKİ alt ölçeği uyku kalitesi arasında anlamlı düzeyde ilişki olduğu saptandı (Tablo- 4a-b).

4.5. Grup I'in PSG Parametrelerinin Klinik Değişkenlerle İlişkisi

PUKİ alt ölçeği gündüz işlev bozukluğu ile WASO ve uyku etkinliği arasında anlamlı düzeyde ilişki bulundu. (Tablo 5b).

4.6. Grup I'in Arousal ve Arousal İndeksinin Klinik Değişkenlerle İlişkisi

Grup I'in Arousal ve indekslerinin klinik değişkenlerle karşılaştırılması gösterildi (Tablo 6).

Tablo- 4a: Grup I'in Klinik Değişikliklerin Birbiri ile İlişkisi

		İUDÖ	GUD	LR
DYÖ	r	0.63**	0.63**	0.45*
ÇÇTÖ-28	r	0.35	0.37	0.17
PUKİ	r	0.52*	0.37	0.17
HDDÖ	r	0.59*	0.43	0.50
BDÖ	r	0.42	0.32	0.35

*p < 0.05, **p < 0.01, r: Spearman korelasyon testi, DYÖ: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, ÇÇTÖ-28: Çocukluk Çağı Travma Ölçeği-28, PUKİ: Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi, BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, HDDÖ: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, İUDÖ: Iowa Uyku Deneyimleri Ölçeği, GUD: Genel Uyku Deneyimi, LR: Lusid Rüyalalar

Tablo- 4b: Grup I'in Klinik Değişikliklerin Birbiri ile İlişkisi

		DYÖ	ÇÇTÖ-28	HDDÖ	BDÖ	İUDÖ	GUD	LR
PUKİ	r	-0.33	-0.17	0.33	0.42	0.52*	0.37	0.17
I	r	-0.20	0.61**	0.20	0.11	0.16	0.23	0.41
II	r	0.18	0.31	0.12	0.39	0.05	0.24	0.31
III	r	0.08	0.03	0.27	0.51*	0.33	0.29	0.19
IV	r	0.25	0.50	0.13	0.38	0.03	0.13	0.10
V	r	0.14	0.08	0.25	0.69**	0.58*	0.52*	0.42
VI	r	0.24	0.48	0.13	0.25	0.61	0.54	0.30
VII	r	0.15	0.24	0.38	0.19	0.26	0.16	0.19

*p < 0.05, **p < 0.01, r: Spearman korelasyon testi, PUKİ: Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi, I: öznel uyku kalitesi, II: uyku latansı, III: uyku süresi, IV: alışılmış uyku etkinliği, V: uyku bozukluğu, VI: uyku ilacı kullanımı, VII: gündüz işlev bozukluğu, DYÖ: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, ÇÇTÖ-28: Çocukluk Çağı Travma Ölçeği-28, BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, HDDÖ: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, İUDÖ: Iowa Uyku Deneyimleri Ölçeği, GUD: Genel Uyku Deneyimi, LR: Lusid Rüyalalar

Tablo- 5a: Grup I PSG Parametrelerinin Klinik Değişkenlerle İlişkisi

		DYÖ	ÇÇTÖ-28	BDÖ	HDDÖ	İUDÖ	GUD	LR
BDS	r	0.19	0.10	0.08	0.30	0.32	0.07	0.48
UDS	r	0.25	0.09	0.11	0.45	0.04	0.11	0.03
UP	r	0.23	0.06	0.30	0.23	0.08	0.08	0.25
UGS	r	0.10	0.37	0.07	0.37	0.14	0.21	0.15
WASO	r	0.10	0.31	0.23	0.15	0.01	0.00	0.10
GIU	r	0.32	0.06	0.04	0.03	0.34	0.31	0.31
Min. O2	r	0.00	0.26	0.11	0.39	0.02	0.03	0.11
N1	r	0.41	0.41	0.42	0.33	0.14	0.25	0.16
N2	r	0.37	0.15	0.26	0.31	0.22	0.07	0.25
N3	r	0.00	0.22	0.28	0.09	0.04	0.08	0.00
REM	r	0.28	0.18	0.15	0.22	0.18	0.20	0.13
UE	r	0.18	0.11	0.07	0.34	0.03	0.02	0.14

r: Spearman korelasyon testi, DYÖ: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, ÇÇTÖ-28: Çocukluk Çağı Travma Ölçeği-28, BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, HDDÖ: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, İUDÖ: Iowa Uyku Deneyimleri Ölçeği, GUD: Genel Uyku Deneyimi, LR: Lusid Rüyalar, BDS: baskın olan dalga süresi, UDS: Uykuya Dalma Süresi, UP: Uyku Peryodu, UGS: Uykuda Geçen Süre, WASO: Uyku Başladıktan Sonra Uyanma (WASO: wakeup after sleep onset), GIU: Gece İçi Uyanıklık Sayısı, Min. O2: Minimum O2, UE: Uyku Etkinliği

Tablo- 5b: Grup I PSG Parametrelerinin Klinik Değişkenlerle İlişkisi

		PUKİ	I	II	III	IV	V	VI	VII
BDS	r	0.28	0.15	0.26	0.17	0.13	0.06	0.33	0.28
UDS	r	0.00	0.00	0.05	0.01	0.08	0.04	0.06	0.43
UP	r	0.28	0.01	0.03	0.08	0.47	0.12	0.27	0.16
UGS	r	0.05	0.22	0.12	0.11	0.18	0.10	0.33	0.36
WASO	r	0.39	0.30	0.29	0.33	0.19	0.06	0.41	0.61**
GİU	r	0.15	0.19	0.01	0.40	0.17	0.01	0.36	0.13
Min. O2	r	0.02	0.13	0.04	0.04	0.19	0.06	0.30	0.21
N1	r	0.18	0.48	0.31	0.42	0.08	0.37	0.12	0.08
N2	r	0.45	0.28	0.46	0.51	0.12	0.26	0.02	0.37
N3	r	0.34	0.16	0.36	0.13	0.15	0.15	0.32	0.03
REM	r	0.10	0.18	0.00	0.38	0.01	0.12	0.43	0.23
UE	r	0.17	0.00	0.19	0.02	0.29	0.09	0.29	0.52*

*p < 0.05, **p < 0.01, r: Spearman korelasyon testi, BDS: baskın olan dalga süresi, UDS: Uykuya Dalma Süresi, UP: Uyku Peryodu, UGS: Uykuda Geçen Süre, GİU: Gece İçerisinde Uyanıklık Sayısı, WASO: Uyku Başladıktan Sonra Uyanma (WASO: wakeup after sleep onset), Min. O2: Minimum O2, UE: Uyku Etkinliği, PUKİ: Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi, I: öznel uyku kalitesi, II: uyku latansı, III: ölçüğü uyku süresi, IV: alışılmış uyku etkinliği, V: uyku bozukluğu, VI: uyku ilacı kullanımı, VII: gündüz işlev bozukluğu

Tablo- 6: Grup I Hastaların Arousallar ve İndekslerinin Klinik Değişkenlerle İlişkisi

		Arousal	Aİ	AHİ+PBHİ
DYÖ	r	0.24	0.23	0.37
ÇÇTÖ-28	r	0.12	0.11	0.17
PUKİ	r	0.07	0.06	0.40
İUDÖ	r	0.25	0.25	0.47
HDDÖ	r	0.09	0.10	0.52
BDÖ	r	0.22	0.22	0.35

r: Spearman korelasyon testi, DYÖ: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, ÇÇTÖ-28: Çocukluk Çağı Travma Ölçeği-28, PUKİ: Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi, İUDÖ: Iowa Uyku Deneyimleri Ölçeği, HDDÖ: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, Aİ: Arousal İndeksi, AHİ+PBHİ: Apne Hipopne İndeksi + Peryodik Bacak Hareketleri İndeksi

4.7. Grup II'nin Klinik Değişkenlerinin Birbiri ile İlişkisi

HDDÖ ve BDÖ ile PUKİ ve PUKİ alt ölçeği uyku kalitesi, HDDÖ ile PUKİ alt ölçeği uyku latansı ve uyku bozukluğu, ÇÇTÖ-28 ile PUKİ alt ölçeği alışılmış uyku etkinliği ve uyku bozukluğu arasında anlamlı düzeyde korelasyon saptandı (Tablo-7a-b).

4.8. Grup II'nin PSG Parametrelerinin Klinik Değişkenlerle İlişkisi

Uykuya dalma süresi ile PUKİ ve HDDÖ arasında anlamlı düzeyde korelasyon bulundu. Gece içi uyanıklık sayısı ile PUKİ alt ölçeği olan alışılmış uyku etkinliği arasında anlamlı düzeyde ilişki saptandı (Tablo- 8a-b).

4.9. Grup II'nin Arousal ve İndekslerinin Klinik Değişkenlerle İlişkisi

AHI ve PLMI ile PUKİ'nin alt ölçeği uyku bozukluğu ve gündüz işlev bozukluğu arasında anlamlı düzeyde ilişki saptandı (Tablo 9).

Tablo- 7a: Grup II Klinik Değişkenlerinin Birbiri ile İlişkisi

		İUDÖ	GUD	LR
DYÖ	r	0.35	0.30	0.45
ÇÇTÖ-28	r	0.30	0.08	0.13
PUKİ	r	0.02	0.01	0.08
HDDÖ	r	0.17	0.26	0.22
BDÖ	r	0.17	0.51	0.24

r: Spearman korelasyon testi, DYÖ: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, ÇÇTÖ-28: Çocukluk Çağı Travma Ölçeği-28, PUKİ: Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi, HDDÖ: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, İUDÖ: Iowa Uyku Deneyimleri Ölçeği, GUD: Genel Uyku Deneyimi, LR: Lusid Rüyalar

Tablo- 7b: Grup II Klinik Değişkenlerinin Birbiri ile İlişkisi

		DYÖ	ÇÇTÖ-28	HDDÖ	BDÖ	İUDÖ	GUD	LR
PUKİ	r	0.13	0.00	0.61**	0.56**	0.02	0.01	0.08
I	r	0.33	0.24	0.43*	0.54**	0.30	0.33	0.36
II	r	0.10	0.04	0.47*	0.30	0.10	0.25	0.12
III	r	0.18	0.31	0.21	0.19	0.11	0.08	0.45
IV	r	0.27	0.70**	0.07	0.00	0.29	0.01	0.15
V	r	0.09	0.46*	0.53**	0.37	0.22	0.06	0.10
VI	r	0.22	0.39	0.40	0.33	0.21	0.19	0.07
VII	r	0.33	0.03	0.38	0.20	0.13	0.31	0.13

r: Spearman korelasyon testi, *p < 0.05, **p < 0.01, DYÖ: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, ÇÇTÖ-28: Çocukluk Çağı Travma Ölçeği-28, HDDÖ: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, İUDÖ: Iowa Uyku Deneyimleri Ölçeği, GUD: Genel Uyku Deneyimi, LR: Lusid Rüyalar, PUKİ: Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi, I: öznel uyku kalitesi, II: uyku latansı, III: ölçeği uyku süresi, IV: alışılmış uyku etkinliği, V: uyku bozukluğu, VI: uyku ilacı kullanımı, VII: gündüz işlev bozukluğu

Tablo- 8a: Grup II'nin PSG Parametrelerinin Klinik Ölçeklerle İlişkisi

		DYÖ	ÇÇTÖ-28	BDÖ	HDDÖ	İUDÖ	GUD	LR
BDS	r	0.19	0.23	0.02	0.03	0.26	0.20	0.29
UDS	r	0.41	0.13	0.28	0.56*	0.16	0.22	0.02
UP	r	0.29	0.04	0.21	0.23	0.31	0.39	0.33
UGS	r	0.10	0.15	0.26	0.09	0.08	0.13	0.17
WASO	r	0.31	0.06	0.05	0.13	0.20	0.34	0.01
GIU	r	0.17	0.32	0.20	0.14	0.08	0.10	0.07
Min. O2	r	0.13	0.27	0.45	0.37	0.27	0.33	0.21
N1	r	0.12	0.23	0.31	0.20	0.10	0.21	0.29
N2	r	0.02	0.17	0.03	0.20	0.04	0.05	0.02
N3	r	0.04	0.05	0.01	0.07	0.04	0.02	0.00
REM	r	0.05	0.13	0.13	0.00	0.31	0.07	0.41
UE	r	0.18	0.09	0.02	0.19	0.13	0.14	0.05

*p < 0.01, r: Spearman korelasyon testi, DYÖ: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, ÇÇTÖ-28: Çocukluk Çağı Travma Ölçeği-28, HDDÖ: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, İUDÖ: Iowa Uyku Deneyimleri Ölçeği, GUD: Genel Uyku Deneyimi, LR: Lusid Rüyalar, BDS: Baskın olan dalga süresi, UDS: Uykuya Dalma Süresi, UP: Uyku Peryodu, UGS: Uykuda Geçen Süre, GIU: Gece İçerisinde Uyanıklık Sayısı, WASO: Uyku Başladıktan Sonra Uyanma (WASO: wakeup after sleep onset), Min. O2: Minimum O2, UE: Uyku Etkinliği

Tablo- 8b: Grup II'nin PSG Parametrelerinin Klinik Ölçek Puanları ile İlişkisi

		PUKİ	I	II	III	IV	V	VI	VII
BDS	r	0.11	0.21	0.21	0.28	0.10	0.08	0.22	0.05
UDS	r	0.43*	0.40	0.02	0.21	0.14	0.01	0.30	0.18
UP	r	0.16	0.32	0.28	0.06	0.21	0.25	0.27	0.14
GS	r	0.10	0.36	0.12	0.11	0.14	0.18	0.04	0.39
WASO	r	0.18	0.04	0.14	0.03	0.05	0.35	0.21	0.24
GİU	r	0.28	0.03	0.02	0.36	0.51**	0.34	0.04	0.18
Min.O2	r	0.40	0.02	0.12	0.10	0.07	0.30	0.29	0.15
N1	r	0.42	0.24	0.08	0.18	0.25	0.09	0.26	0.24
N2	r	0.14	0.02	0.03	0.21	0.02	0.05	0.37	0.14
N3	r	0.06	0.12	0.16	0.05	0.08	0.36	0.01	0.38
REM	r	0.15	0.16	0.40	0.05	0.02	0.14	0.00	0.15
UE	r	0.02	0.02	0.01	0.01	0.08	0.09	0.03	0.16

*p < 0.05, **p < 0.01, r: Spearman korelasyon testi, BDS: Baskın olan dalga süresi, UDS: Uykuya Dalma Süresi, UP: Uyku Peryodu, UGS: Uykuda Geçen Süre, GİU: Gece İçi Uyanıklık Sayısı, WASO: Uyku Başladıktan Sonra Uyanma (WASO: wakeup after sleep onset), Min. O2: Minimum O2, UE: Uyku Etkinliği, PUKİ: Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi, I: öznel uyku kalitesi, II: uyku latansı, III: ölçüğü uyku süresi, IV: alışılmış uyku etkinliği, V: uyku bozukluğu, VI: uyku ilacı kullanımı, VII: gündüz işlev bozukluğu

Tablo-9 : Grup II'nin Arousallar ve Arousal İndeksinin Klinik Değişkenlerle İlişkisi

		Arousal	Aİ	AHI+PBHI
DYÖ	r	0.10	0.22	0.33
ÇÇTÖ-28	r	0.18	0.04	0.84
HDDÖ	r	0.30	0.18	0.35
BDÖ	r	0.30	0.23	0.30
İUDÖ	r	0.10	0.22	0.33
GUD	r	0.02	0.04	0.01
LR	r	0.18	0.21	0.35
PUKİ	r	0.02	0.01	0.35
I	r	0.15	0.18	0.29
II	r	0.24	0.21	0.30
III	r	0.13	0.26	0.05
IV	r	0.12	0.01	0.03
V	r	0.01	0.00	0.48*
VI	r	0.15	0.25	0.06
VII	r	0.11	0.09	0.45*

*p < 0.05, r: Spearman korelasyon testi, DYÖ: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, ÇÇTÖ-28: Çocukluk Çağı Travma Ölçeği-28, HDDÖ: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, İUDÖ: Iowa Uyku Deneyimleri Ölçeği, GUD: Genel Uyku Deneyimi, LR: Lusid Rüyalar, PUKİ: Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi, I: öznel uyku kalitesi, II: uyku latansı, III: ölçeği uyku süresi, IV: alışılmış uyku etkinliği, V: uyku bozukluğu, VI: uyku ilacı kullanımı, VII: gündüz işlev bozukluğu, Aİ: Arousal İndeksi, AHI+PBHI: Apne Hipopne İndeksi + Peryodik BacakHareketleri İndeksi

Grup I’de kadınlarda yükseklik, DYÖ, ÇÇTÖ-28 puanlarında anlamlı farklılık, HDDÖ ve BDÖ toplam puanlarında yükseklik saptandı. DYÖ ile IUDS, GUD ve LR arasında, PUKİ alt bileşeni gündüz işlev bozukluğu ile gece içi uyanık geçirilen toplam süre ve uyku etkinliği arasında pozitif korelasyon bulundu. PUKİ alt bileşeni öznel uyku kalitesi ve uyku latansı ile IUDS alt bileşeni GUD arasında farklılık saptandı. Gece içi uyanıklık sayısı, N1 faz yüzdesi, uykunun yüzeyelleştiği dalgaların süresinde yükseklik bulundu.

Grup II’de PUKİ ile HDDÖ ve uykuya dalma süresi arasında, gece içi uyanıklık sayısı ile PUKİ alt bileşeni alışılmış uyku etkinliği arasında, AHİ+PBHİ ile PUKİ alt bileşeni uyku bozukluğu ve gündüz işlev bozukluğu arasında pozitif korelasyon saptandı.



6. TARTIŞMA

Çalışmamızda kadınların oranı Grup I'de Grup II'ye göre yüksek bulundu. Schenck ve ark. (1989) dissosiyatif bozukluk ve NREM parasomninin kadın cinsiyette UG ve UT'nin erkeklerde daha sık olduğunu vurgulamıştır. Bir başka çalışmada uyku ile ilişkili dissosiyatif bozuklukların kadın cinsiyette daha sık olduğunun altı çizilmiştir (Thoropy ve Plazzi, 2010). Silva ve ark. (2008) uyku şikâyetleri olan hastaların yaş, cinsiyet ve PSG bulgulara göre değerlendirmesinde erkek hastaların kadınlardan daha fazla olduğunu belirtmiştir. Şar ve ark. (2004) dissosiyatif bozuklukların daha çok kadınlarda görüldüğünü vurgulamıştır. Aslan ve ark. (2005) hipersomnisi olan hastalarda yaptıkları bir çalışmada cinsiyet, kilo gibi demografik bilgiler hakkında parasomni ile ilgili yeterli bilginin olmadığı ve ileri araştırma yapılması gerekliliğini belirtmiştir. Bir başka çalışmada psikiyatrik ayaktan hasta grubunun değerlendirilmesinde gece yeme sendromu yaygınlığı araştırılmış kadınlarda anlamlı olarak farklılık saptanmamıştır (Cengiz ve ark., 2011). Bu bulgular Dissosiyatif Bozukluk'un sıklıkla kadınlarda görülmesi nedeni ile olabileceğini düşündürdü. Bulgularımız, Grup I'de de olduğu gibi, Dissosiyatif Bozukluk olan gruplarla çalışırken cinsiyet etkisinin dikkat edilmesi gerektirdiğini desteklemektedir.

Grup I'de Grup II'ye göre DYÖ ve ÇÇTÖ-28'de anlamlı farklılık saptandı. Patolojik dissosiyasyon gelişmesi için öncesinde çocukluk çağı istismar ve ihmali gibi önemli bir travmanın gerçekleşmiş olması gerekmektedir. Travma ile bağlantılı dissosiyasyonun, travmatik deneyimleri, sonradan oluşan psikopatolojiye dönüştürmeyi kabul eden önemli bir mekanizma olduğu düşünülmektedir (Şar ve Colin 2006). Isaac ve Chand (2006), cinsel, duygusal, fiziksel istismar ile travmatize olmuş gruplarda dissosiyasyon düzeyini yüksek olarak bulmuşlar, çocukluk çağı cinsel istismarı ile DYÖ skorları arasında yükseklik olduğu bildirilmiştir. Şar ve ark. (2011) dissosiyatif hastalarda bütün psikiyatrik hastalıklar arasında çocukluk çağı travma sıklığında yüksek oran saptamışlardır. Çocukluk çağı ihmal ve istismarı ile dissosiyasyon arasındaki ilişki hem geriye dönük hem de ileriye dönük çalışmalarda gösterilmiştir (Lewis ve ark. 1997). Tehlike ya da yoğun stres karşısında kişiliğin parçalanarak kendisini yoğun kaygı halinden koruması sonucunda dissosiyatif amnezi, dissosiyatif füğ, dissosiyatif bayılma, depersonalizasyon, uyurgezerlik, otomatik davranış ve donakalım reaksiyonlarıyla ortaya çıkabileceği gibi, nadiren de bu

reaksiyonların en ileri derecesi olan dissosiyatif kimlik bozukluğu şeklinde görülebileceği belirtilmiştir (Nijenhuis ve Van der Hart 2011). Uyku ile ilişkili şiddet davranışların özellikle dissosiyatif kimlik bozukluğu, dissosiyatif füğ ya da BTA dissosiyatif hastalığı ile ilişkili olabileceği üzerinde durulmuştur (Schenck ve ark. 1989, AASM 2005). Dissosiyasyonun sadece dissosiyatif amnezi gibi gerçek dissosiyatif semptomlarla olmayacağı gündüz rüyaları, zaman algısı değişimi, bilinçte trans benzeri değişiklikler, UG ve UT gibi fenomenler şeklinde de olabileceği üzerinde durulmuştur (Koffel ve Watson 2009). Travmatik yaşantının uyanık hafızadan dissosiyasyon olması ile kişide bağırma, koşma, evi terk etme, anormal yeme davranışları gibi hareketler ortaya çıkabileceği belirtilmektedir. (Koffel ve Watson 2009). Travmatik olaya maruz kalanların kalmayanlara göre daha çok dissosiyasyon olduğunu (Foote ve ark. 2006), gün içinde yaşadıkları dissosiyatif deneyimlerin gece de deneyimlenebileceğini ve parasomni nedeni olabileceği üzerinde durulmaktadır (Ağargün ve ark. 2003, Tuncel ve ark. 2009). Hoşlanılmayan repress travmatik deneyim derin dalga evresinde tekrar ortaya çıktığı belirtmektedir (Şar 2006). Eğer UG ve UT, travma ile ilişkili derin dalga uykusunda olan düşüncelere cevapsa parasomni dissosiyatif bir prosesin bir varyantı olarak kabul edilebilir ve arousal durumu oluşturarak uykuyu böldüğü düşünülebilir. Geçmiş çalışmalar ve bulgular ışığında çalışmamızda Grup I'de DYÖ ve ÇÇTÖ-28 oranlarındaki anlamlılık dissosiyasyon, çocukluk çağı travmaları ile tekrar eden travmalar ve uyku ilişkili deneyimler arasında ilişki olabileceğini düşündürmektedir.

Grup I'de Grup II'ye göre HDDÖ ve BDÖ puanları yüksek bulundu. Ağargün ve ark. (2003b) dissosiyatif bozukluklarla sıklıkla depresif bozuklukların bir arada görülebileceğini belirtmiştir. Dissosiyatif amnezili bazı bireylerde depresif belirtiler, kendine zarar verme, saldırgan dürtüler, intihar dürtüleri ve eylemler eşlik edebilir (Kritchevsky ve ark., 2004). Başka bir çalışmada major depresif hastalığın uyku bozukluğu ile ilişkili olabileceği bazı hastalarda EEG'de de delta dalga uykusunda alfa intrüzyonları (alfa delta uykusu) olabileceği özellikle de bu bulgunun tedaviye dirençli major depresif bozuklukta görülebileceği belirtilmektedir (Jaimcharyatam ve ark., 2011). Depresif bozukluğu olan hastalarda PSG'de uyanıklık reaksiyonu olan alfa delta dalga paternin görülmesi mi yoksa alfa delta paterni olan hastaların depresif bozukluk geliştiriyor olması mı konusu tartışmaya açıktır. Pelin ve ark. (2012) yayınladıkları bir olgu sunumunda dissosiyatif bozukluk ve parasomnisi olan bir hastada psikometrik inceleme ile depresif

bozukluk da tespit etmişlerdir. Bu bulgular parasomni ve dissosiyatif bozukluğu olan hastalarda sadece parasomnisi olan hastalara göre depresif semptomatolojinin daha sıklıkla olabileceğini ve sonuçlarda çıkan anlamlılığı açıklayabileceğini düşündürmektedir.

Her iki grup arasında PUKİ'nin özellikle öznel uyku kalitesi ve uyku latansı alt ölçeği ile İUDÖ'nin GUD alt ölçeğinde farklılık saptandı. Küçükgoncu ve ark. (2010) uyku latansı, GUD ile dissosiyatif deneyimler arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır. Bu çalışmada dissosiyatif semptomların, GUD'da genel uyku kalitesi üzerine belirleyici fonksiyonu olduğu belirtilmiştir. Aynı zamanda uyku süresi ve latansını etkileyen uyku bozukluklarının dissosiyasyon ve uyku ilişkili deneyimlerle ilişkisi olduğunu da vurgulamışlardır. Yakın geçmişte yapılan çalışmalar DYÖ ile GUD alt ölçeği arasında pozitif yönde ilişkiden bahsetmektedir (Giesbrecht ve Merckelbach, 2004, Giesbrecht ve ark., 2006). Birçok çalışma uyku ile ilişkili deneyimlerle dissosiyasyonu İUDÖ kullanarak araştırmışlar, dissosiyasyon bulgularının uyku ilişkili deneyimlerle ilişkisi olabileceğinden bahsetmişlerdir (Fassler 2006, Koffel ve ark., 2009). Epilepsi gibi psikiyatri ile yakın ilişkisi olan hastalıkları olan hastaların PUKİ ile incelemesinde öznel uyku kalitesinin bozulduğu, uyku latansında uzama olduğu NREM evre I-II'nin süresinin uzayarak uyku bozukluğuna sebep verdiği bildirilmiştir (Keskin ve ark., 2011). Başka çalışmalarda kronik hastalığı olan gruplarda PUKİ öznel uyku kalitesi puanlarının düşük olduğu belirtilmiştir (Korkut 2008, Güneş ve ark., 2009). Genel olarak öznel uyku kalitesinde bozulmaların başta depresyon, anksiyete bozukluğu (Güneş ve ark., 2009) olmak üzere antisosyal kişilik bozukluğu, sınır kişilik bozukluğu (Semiz ve ark., 2008) gibi psikiyatrik hastalık gruplarında sık olduğu belirtilmiştir. Dissosiyatif Bozukluk ile öznel uyku kalitesi ve uyku latansı arasındaki ilişkiye yönelik çalışmalar sınırlıdır. Dissosiyasyon ve uyku ilişkili deneyimlerinin belirti düzeyindeki çakışması çalışmamızda saptanan bulgularla uyumlu olarak kişinin uyku kalitesi ve uyku deneyimini etkileyerek farklılık oluşturabilir. Dissosiyatif bozukluk ve parasomninin uyku kalitesi üzerine olan etkisi uyku bozukluğu ölçme kriteri olan PUKİ ve İUDÖ arasında ilişkinin anlamlı olmasını açıklayabilir.

Hastalarımızın hiçbirinde uykudaki hareketleri sonucunda hukuksal sürecin başladığı şiddet içeren davranış hikayesi saptanmadı. Uyku ilişkili şiddet davranışları ya da yaralanmalar KA'lar, UT / UG ve RDB'nin bir parçası olabilir. Bu davranışlar NREM

uyku ve / veya REM uyku uyanıklığın özelliği ya da üst üste binmesi sonucunda olabilir (Koffel ve Watson 2009). Schenck ve ark. (1989), uyku ile ilişkili şiddet davranışı olan hastaların PSG incelemesinde UG, UT saptadığı hastalarla RBD olan hastaları karşılaştırmış ve uyku kalitesi, uyku latansı, toplam uyku zamanı, NREM ve REM uyku evrelerinin istatistiksel olarak farklı olduğunu belirtmiştir. Şiddet içeren davranışlarda primitif yapıların kortikal nöron tarafından modifikasyonunda sorun olduğuna inanılır (Koffel ve Watson 2009, Mahowald ve ark. 2005). Bizim hastalarımızda uyku ile ilişkili şiddet davranışının tespit edilemeyeşi hasta sayımızın az olması ya da kişilerin yaşadıkları deneyimlerle ilgili bilgileri yetersiz vermeleri sonucu olabilir. Parasomni ve Dissosiyatif Bozukluk eş tanılı durumlarda da uyku ile ilişkili şiddet davranışının anlamlı olmaması, Dissosiyatif Bozukluk'un şiddet davranışının ortaya çıkmasında etkili olmadığını düşündürebilir.

Grup I'de Grup II'ye göre gece içi uyanıklık sayısı ve N1 faz süresinde yükseklik saptandı. Tüm hastalarda NREM parasomni bölümlerinin başlangıcında delta yavaş dalga aktivitesi olduğu ve grup I hastaların % 80'inde, grup II hastaların % 61.9'unda ek olarak alfa dalga aktivitesi tespit edildi. EMG aktivite artması ile birlikte döngü başlaması ile eş zamanlı olarak uykunun yüzeyelleştiği dalgaların süresinde farklılık olduğu bulundu. NREM parasomi döngülerinin tam bir uyanıklık olmadan alfa, teta, delta dalga veya bu dalgaların kombinasyonu şeklinde olduğu (Zarda ve ark. 2004), PSG incelemesinde hipersenkron delta dalga aktivitesinin NREM parasomni bölümünün başlangıcında görüldüğü (Jaar ve ark. 2010), spektral dalga gücü ve yavaş delta dalgalarının parasomnik döngü başlamadan 4 ile 16 sn (total 12 sn) süresince yükseldiğini ve döngü başlangıcından itibaren de 28-32 sn süre ile görüldüğü vurgulamıştır (Guilleminault ve ark. 2005). AUBB kriterlerine göre arousal kriterleri teta, alfa ve / veya yavaş delta dalgalarının EMG aktivite artışı ile birlikte uykunun en az 10 saniyelik bölümünde olması olarak tanımlanması, AUBB kriterleri ve diğer çalışmalara uygun olarak elde edilen verilerimiz NREM parasomninin yapısını desteklemektedir. Arousalların belli bir hiyerarşisinin varlığı, ilk gelişen otonomik / subkortikal aktivasyonun kortekse doğru olması ve sıklıkla motor aktivasyonun arousal düzenin bir sonucu olabileceği düşündürür. Arousallar uykuyu bölerse ya da daha yüzeysel evrelere geçiş ve davranışsal arousal olursa uyanıklık meydana gelir. Grup I ve II arasında dalgaların süresi arasında farklılık saptanması ve grup I'in arousal dalgalarının PSG incelemesinde saptanan yavaş dalga aktivitesinin uyku

derinliği veya uyku yoğunluğunun NREM uyku dinamikleri ve uyku etkinliğini saptayan kantitatif ölçümü olduğunu desteklemektedir. Parrino ve ark. (2001) AUBB tanımlamasına göre arousal reaksiyonu dışında uykuda K kompleks ve delta patlamaların görülebileceği belirtilerek bu durumun otonomik fonksiyonlar üzerindeki etkiler sonucu ortaya çıkabileceğinin altını çizmiştir. K kompleks ve delta patlamaların uyku benzeri özellikleri yanında serebral aktivasyon üzerine etkileri ile ilgili görüşler gittikçe artmaktadır. Delta dalga patlamaları ve K kompleks gibi yavaş EEG komponentleri ve hızlı ritimler gibi geleneksel arousallar bazı fonksiyonel özellikleri paylaşırlar, EEG'deki farklılıklarına rağmen aktive edici kompleks terimi içinde yer alabilirler. Yavaş EEG komponentlerinin AUBB arousal kriterleri içinde değerlendirilmemesine rağmen çalışmamızda tüm hastaların arousal reaksiyonlarının yavaş dalga komponenti ile olması bu dalgaların serebral aktivasyon üzerindeki etkileri olabileceğini desteklemektedir. NREM evre I, uyanıklıktan uykuya geçiş ya da derin uykudan uyanıklar ya da spontan olarak daha yüzeysel uykuya geçişte görülen uyku evresidir. Grup I'de Grup II'ye göre NREM yüzdesinin yüksek olması bu hastaların uykularının sıklıkla bölündüğu sonucunu açıklayabilir. Psikolojik travma varlığının parasomni nedeni olabileceği ve bu travmatik yaşantıların dissosiyatif bozukluk hastalarının etyolojilerinde önemli yer tuttuğu göz önüne alındığında Grup I'de bu durumun daha anlamlı olması beklenen bir durumdur. Dissosiyatif bozukluğa neden olabilecek travmatik yaşantıların artmış uyarılmışlık başlığı altında incelenmesi (Aydın ve ark. 2009, Ağargün ve ark 2003a) ile bu yaşantıların uykuda da devam ettiği (Ağargün ve ark. 2003a) hususunu destekler. Uyku ile ilişkili dissosiyatif bozukluk tanısı konulmadıkça UG ve UT gibi arousal parasomnilerin dissosiyatif davranıştan köken aldığı speküle edilir. UG ve UT'nin semptomatik koruyucu dissosiyatif mekanizma olduğu düşünülür. Uykuda kortikal inhibisyonun azalması sonucu UG ve UT ortaya çıkabilir. Çalışmamızda saptanan gece içi uyanıklık sayısı, arousal dalga süresi ve N1 faz süresindeki yükseklik parasomni ve dissosiyatif bozukluğun birlikte arousal reaksiyonlara katkıda bulunduğunu düşündürür.

Grup I'in DYÖ ile İUDÖ ve İUDÖ alt bileşenleri GUD ve LR arasında anlamlı düzeyde ilişki olduğu belirlendi. Disosiyatif yaşantıların özellikle GUD ile ilişkili olduğu saptanmasına karşın LR ile ilişkili olmadığı belirtilmektedir (Küçükgoncu ve ark., 2010). Uyku ile ilişkili deneyimlerle disosiyasyon arasındaki ilişkinin belirlenmesinde İUDÖ'nün

önemli olduğu vurgulanmıştır (Fassler 2006, Koffel ve Watson, 2009, Koffel 2011). Dissosiyatif belirtiler ve uyku ile ilişkili deneyimlerin birbiri ile çakışması uyku - uyanıklık siklüsünde uykudan uyanıklığa geçerken sınırlar arasındaki belirsizliğin gün içi ve gece süresince olan deneyimlere yol açması nedeni ile olabileceği üzerinde durulmuştur (Koffel ve Watson, 2009). Bu durum dissosiyatif semptomların labil uyku uyanıklık siklüsünün artması ve bu kişilerde normal uyanıklık durumundan rüya benzeri duruma kolayca geçebileceğini de düşündürebilir (Fassler 2006). Uyku ile ilişkili deneyimler ve dissosiyasyonun belirtilerinin çakışması artmış kolinerjik sensivite ile de açıklanmaktadır (Hobson ve ark., 2011). N-metil-D-aspartat (NMDA) glutamat reseptörünün dissosiyatif semptomlarda kilit rol oynadığını göstermektedir. Glutamat salınımının arttıran ve azaltan olaylarla dissosiyatif belirtilerin artıp azalması ve prelinik çalışmalarda stresin glutamaterjik etkinliği arttırarak dissosiyatif belirtilerin ortaya çıkması nörobiyolojik dissosiyasyon modelini desteklemektedir (Anand ve ark., 2000, Deakin ve ark., 2008). Bazal ön beyinde kolinerjik, GABAerjik, glutamaterjik hücre grupları bulunur (Cowley ve ark., 2005, Andres ve ark., 2011). GABAerjik nöronlar uyku sırasında aktiftir ve özellikle talamokortikal nöronlarda hiperpolarizasyon sağlar. GABAerjik nöronların aktivasyonu uykunun sürdürülmesinde, uykudan uyanıklığa geçişte ve NREM-REM uyku değişiminde düzenleyici rolü vardır (Liu ve ark., 2010). Nörotransmitter düzeyindeki bu etkileşim çalışmamızda saptanan DYÖ ile GUD ve LR arasındaki ilişkiyi araştırırken dikkat etmeyi haketmektedir.

Grup I’de BDÖ ile PUKİ alt ölçeği uyku süresi ve uyku bozukluğu arasında anlamlı düzeyde ilişki tespit edildi. Nörobiyolojik sistemde strese cevap olarak hipotalamik-pitüiter-adrenal (HPA) aks ve noradrenarjik sistemde etkilenme olması istismar öyküsü olan hastalarda HPA aks, adrenerjik ve hipokampal sistemde değişiklikler olabileceğini vurgulamıştır. Artmış kolinerjik duyarlılık uyku ile ilişkili deneyimler ve dissosiyasyon belirtilerinin çakışmasında olabileceği gibi stres durumunda (Yetkin ve ark., 2010) da görülebilir. Stres sonucunda artmış kolinerjik duyarlılığın uykuya dalmada güçlük, uyku etkinliğinde, toplam uyku süresinde ve yavaş dalga uykusunda azalma ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (Aydın ve ark., 2010). Stresin noradrenerjik ve kolinerjik sisteme etkileşimi özellikle hipokampal bölgedeki (Yüksel 2004) değişiklikleri oluşturabilir (Aydın ve ark., 2009). Depresyon olgularında hipokampik dentritik yapılanmanın değiştiği, nörogenezin

baskılandığı, hipokampal hacimde azalma olabileceği belirtilmektedir (Weniger ve ark., 2008). Grup I'de uyku süresi, uyku bozukluğu ile depresyon derecelendirme ölçekleri arasında korelasyon saptanması hipokampal bölgenin etkilenmesi sonucunda depresif semptomlar, uyku mimarisi ve uyku mimarisinin bozukluğu arasında ilişki olabileceğini düşündürülebilir.

Grup I'de ÇÇTÖ-28 ile PUKİ alt ölçeği olan öznel uyku kalitesi arasında anlamlı düzeyde ilişki olduğu saptandı. Psikolojik travma hikayesi parasomni nedeni olabileceği ve bu travmatik yaşantıların dissosiyatif bozukluk hastalarının etyolojilerinde de sıklıkla olduğu bildirilmektedir (Ağargün ve ark. 2003a). Parasomni, dissosiyatif bozukluk ile uyku kalitesi arasındaki ilişkiye yönelik çalışmalar sınırlıdır. Hefez ve ark. (1987) öyküsünde travma hikayesi olan uyku ile ilişkili şikayetleri olan hastaların PSG ile değerlendirilmesinde uyku latansının uzadığını ve uyku kalitesinin düşük olduğunu bildirmiş ve travmatik yaşantısı olan kişilerin NREM parasomni özellikle de UT'ye benzer şekilde ilk uyku siklüsünde deneyimlerinin olabileceğini bildirmiştir (van der Kolk ve ark., 1989). Schenck ve ark. (1989), uyku ile ilişkili şikayetleri olan hastaların PSG incelemesinde, 7 hastada uyku ilişkili dissosiyatif bozukluk tanısı konulduğunu hastaların yarısında gündüz dissosiyatif semptomlarının oldukça belirgin olduğunu, uyku kalitesi, uyku latansı, toplam uyku zamanında değişiklikler saptadıklarını vurgulanmıştır. Literatür bilgisinin sınırlı olmasına rağmen çocukluk çağı travmalarının Parasomni ve Dissosiyatif Bozukluk'la ilişkili olarak uyku kalitesini etkilediğini düşündürülebilir.

Çalışmamızda Grup I'de PUKİ alt ölçeği olan uyku bozukluğu ve İUDS alt ölçeği olan genel uyku deneyimi arasında anlamlı pozitif ilişki olduğu saptandı. Bilindiği gibi beyinde GABA ve glutamat arasında ters yönlü etkileşim vardır. Glutamat seviyesindeki artış arousal reaksiyonu oluşturup uyku bozukluğu yapabilir. GABA'nın azalması ve glutamatın artışı uyku uyanıklık siklüsünde bozulma ve dissosiyatif semptomların ortaya çıkmasına neden olabilir. Uyku uyanıklık siklüsündeki bozulma genel uyku deneyiminde değişiklikler oluşturabilir. Her iki hastalık nörobiyolojisindeki benzerlik bu hastalıkların semptomatolojisinin birlikte olabileceğini ya da çakışabileceğini düşündürür. Böylece parasomni ve dissosiyatif semptomatoloji mekanizmasında benzer nöronal yolların rol alabileceği söylenebilir.

Beyin gelişimi sırasında beyin işlevlerini entegre eden frontal bölge, talamus, hipotalamus ve hipokampus gibi beyin yapılarının olgunlaşması, beyin işlevlerinin birbiriyle bütünleşmesini sağlar. Yineleyen travmalar bu bütünleşmenin bozulmasına ve dissosiyasyona yatkın bireylerde beyin işlevleri arasında ani ve süreksiz geçişlere neden olabilir. Dissosiyatif kimlik bozukluğu olanların farklı kişilik durumları arasında EEG farklılıkları bildirilmiştir. Bu kişilerin işlevsel manyetik rezonans görüntüleme (fMRI) çalışmalarında, hipokampüste iki taraflı aktivite farklılığı, orbitofrontal bölgede iki taraflı hipoaktivite ve sol lateral temporal aktivitede artış bulunmuştur (Kuhl ve ark., 2008, Anderson ve ark., 2004). Yavaş dalga oluşumu genellikle prefrontal-orbitofrontal bölgeden köken alır. Bu dalgalar anteroposterior doğrultuda hareket ederek kortikal ağların hiperpolarizasyon ve depolarizasyon ile olgunlaşır (Jarr ve ark., 2010). NREM uykuda frontal ve pariyetal korteks ve talamusta aktivitede bölgesel azalma görülür. Parasomniler özellikle de uyurgezerlik sırasında serebellar vermiste ve posterior singulat kortekste kan akımında artış görülür. Uyurgezer döngüde korteksin frontal ve temporal bölge arasındaki bağlantılarda zayıflama talamik kan akımında düşüşle ilişkilendirilmiştir. Frontal bölgedeki yavaş delta dalga varlığının prefrontal bölge kan akımı azalması ile ilişkili olabileceği ve kişinin davranışını etkileyebileceği belirtilmiştir (Terzano 2005). Bu durum bazal ön beyin yapıları ile talamus, hipotalamus, hipokampus yapıları arasındaki etkileşimin uyku, uyanıklık ve dissosiyatif semptomlarla ilişkili olabileceğini düşündürür.

Grup I'de PUKİ'nin alt ölçeği olan gündüz işlev bozukluğu ile gece içinde uyanık olarak geçirilen toplam süre ve uyku etkinliği arasında anlamlı pozitif ilişki saptandı. Uyku derinliğinin uyku etkinliği ve kişinin gündüz işlevlerini yönlendirmesi arasında ilişki olduğu bildirilmiştir (Jaar ve ark., 2010). Ayrıca uyku fragmentasyonundaki artış parasomni ile sonuçlanabilir (Thoropy ve Plazzi, 2010). Arousal reaksiyonu sonucunda uyku bölünmesi, daha yüzeysel uyku evresine geçiş ya da davranışsal arousallarla uyanıklık oluşabilir. Gece içi uyanıklık sayısı arttıkça alışılmış uyku etkinliğinde değişiklikler olabilir. Bu durum dissosiyatif bozuklukta, normal uyanıklık döneminden rüya benzeri duruma geçilmesine ve gündüz işlev bozukluğuna; gece ise uyku etkinliğinin bozulmasına neden olabilir.

Grup II’de PUKİ toplam puanı ile ÇÇTÖ-28, HDDÖ ve BDÖ arasında anlamlı ilişki saptandı. Yapılan bir çalışmada uyku ilişkili şiddet davranışı gösteren hastaların psikometrik incelemesinde depresif bozukluk olduğu saptanmıştır (Schenck ve ark., 1989). Mayer ve ark. (2007) ile Kempenerars ve ark.ları (1994) parasomnisi olan hastalarda sıklıkla depresif bozukluk bulunduğunu bildirmektedir. Çocukluk çağı travmalarının artmış uyarılmış başlığı altında uyku ile ilişkili davranış bozukluğu ile ilişki olabileceği vurgulanmıştır (Aydın 2009). Depresif bozukluklarda görülen uykunun başlamasında ve sürdürülmesindeki değişikliklerin uyku kalitesini etkilediği belirtilmektedir (Ağargün ve Cartwright, 2003). NREM uykuda arousal reaksiyonları olduğu, aktif depresif semptomları olan hastaların depresyonlarının tedavisi ile hastaların yarısında NREM uykudaki arousal reaksiyonlarının düzelmediği sonucuna varılmıştır (Schenck ve ark., 1989). Depresif bozuklukların uyku siklüsünde ve kalitesinde bozukluk yapabileceği gibi uyku siklüsündeki bölünmelerin de depresif bozukluğa neden olabileceği düşünülebilir. Depresif belirtilerin tedavisi sonrasında parasomni bulgularının düzelmemesi ve tedaviye dirençli depresif bozuklukta da EEG’de görülen yavaş dalga sırasındaki alfa dalgaları ile intrüzyon (Jaimchariyata ve ark., 2011) ve arousalların bu bozukluğun parasomniye ikincil olarak ortaya çıkabileceğini de düşündür. Grup I’de Grup II’ye göre depresif semptomların daha yüksek bulunması Parasomni’ye ek olarak Dissosiyatif Bozukluk’u olan hastalarda Dissosiyatif Bozukluk’un klinik tabloyu daha belirginleştirdiğini düşündürebilir. Çocukluk çağı travmaları ile Parasomni ve Dissosiyatif Bozukluk arasındaki ilişkiyi araştıran yeterli sayıda çalışma bulunmamaktadır. Çalışmamızda çocukluk çağı travmaları ile Grup I’de PUKİ alt ölçeği olan öznel uyku kalitesi ve Grup II’de PUKİ toplam puanı arasında ilişki saptanması Dissosiyatif Bozukluk’un öznel uyku kalitesi ile ilişkili olabileceğini düşündürebilir. Bu bulgularla çocukluk çağı travmaları, depresyon ve uyku kalitesinin karşılıklı etkileşim içinde olduğunu düşünülebilir.

Çalışmamızda grup II’de uykuya dalma süresi ile HDDÖ ve PUKİ toplam puanı arasında pozitif korelasyon saptandı. Nitelik ve nicelik olarak uyku kalitesini bozan ve klinik görünüme yansıyan uyku bozukluklarının sıklıkla psikiyatrik bozukluklarla birlikte olduğu belirtilmektedir (Semiz ve ark., 2008). Uyku bozuklukları NREM uykuda, REM uykuda ve uykudan uyanıklığa geçiş sırasında ortaya çıkabilir (Thoropy ve Plazzi, 2010). Özellikle depresif bozukluklar olmak üzere çeşitli psikiyatrik bozukluklar, uyku

başlangıcında, sürdürülmesinde ya da sonlandırılmasında değişikliklere yol açabilir. Stres sonucunda artmış kolinerjik duyarlılığın uykuya dalmada güçlük, uyku etkinliğinde, toplam uyku süresinde, yavaş dalga uykusunda azalma ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. Stresin kolinerjik ve noradrenarjik etkileri (Aydın 2010) ile hipokampal bölgede yapabileceği değişiklikler (Weniger ve ark., 2008) depresif semptomlar, uyku mimarisi, uykuya dalma ve arousal reaksiyonu ile ilişkili olabilir. Çalışmamızda grup II’de uykuya dalma süresi ile HDDÖ ve PUKİ arasında pozitif korelasyon saptanması, artmış kolinerjik ve noradrenarjik duyarlılık ve hipokampal bölgedeki değişikliklerle açıklanabilir.

Grup II’de AHİ+PBHİ ile PUKİ alt gruplarından uyku bozukluğu ve gündüz işlev bozukluğu arasında pozitif korelasyon saptandı. Peryodik bacak hareketlerinin ya tamamen uyanma ya da EEG arousalları ile birlikteliği vurgulanmıştır. EEG arousallarının bacak hareketleri öncesinde sırasında ya da sonrasında ortaya çıkabileceği belirtilmektedir. Bu arousalların bacak hareketlerine kaynak oluşturduğu ya da hem EEG arousalları hem de bacak hareketlerinin ortak patofizyolojik mekanizmanın yaygın görünümü olup olmadığının açık olmadığı üzerinde durulmuştur. Çalışmalarında alfa aktivite, K kompleks, spindl, K-alfa, K-spindle aktiviteleri gibi EEG arousalları ile uyanıklık ve periyodik bacak hareketleri hastalar değerlendirilmiştir. Alfa aktivitenin sıklıkla bacak hareketleri ile ilişkili olduğu spindl, K-spindl aktivitesinin bacak hareketlerinden önce ve K kompleks aktivitenin bacak hareketleri sırasında arttığı belirtilmektedir. Bu sonuçlarla bacak hareketlerinin birincil olmadığını, altta yatan arousal bozuklukla ilişkili olabileceğini düşündürmektedir (Karadeniz ve ark., 2000). Solunum sistemindeki santral ve periferik etkenler neticesinde de arousal reaksiyonu oluşabilir. Apneye bağlı hipoksi ve hipopnelerin, sempatik aktivitede artışa yol açabileceği belirtilmektedir. Solunum olaylarındaki patolojik değişimlerin parasomniye yatkın olan kişilerde arousal reaksiyonlarını daha kolay ortaya çıkarabileceği de belirtilmektedir (Köktürk ve Çiftçi, 2003). Gece içinde oluşan uyanıklıklar uyku kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Parasomnisi olan hastalarda AHİ+PBHİ ile PUKİ alt bileşenlerinden olan uyku bozukluğu ve gündüz işlev bozukluğu arasındaki pozitif ilişki, altta yatan bir arousalun, solunumsal olayların veya bacak hareketlerinin uyku kalitesini bozduğunu düşündürebilir.

Çalışmamızın sınırlılıkları şunlardır:

- 1) Her ne kadar örneklem sayısı istatistiksel olarak yeterli olsa da daha geniş ve cinsiyet olarak dengeli dağılımlı hasta gruplarında yapılacak çalışmalar sonucu elde edilecek bulguların daha güvenilir sonuçlar alınmasını sağlayacağı söylenebilir.
- 2) Hastaların psikiyatri poliklinik ve acil servis başvurularında Parasomni bulguları rutin uygulamada fazla sorgulanmamaktadır. Bu durum bazı Parasomnili hastaların tespit edilmesini zorlaştırmış olabilir.
- 3) Klinik olarak Parasomni tanısı konulan hastaların bir kısmında PSG’de parasomni lehine bulgular saptanamayabilir. Bu durumda hastalara iki gece üst üste PSG çekilmesi gerekmektedir. Hastalara iki gece üst üste PSG uygulanamamış olması çalışmamızın diğer bir kısıtlılığıdır.

Parasomni ve Dissosiyatif Bozukluk ilişkisi çeşitli yönleriyle inceleme gerektirmektedir. Bu nedenle psikiyatri, nöroloji ve uyku uzmanlarından oluşan bir ekiple çalışmalara başlanması uygun olacaktır. Parasomni alt tipleri ile Dissosiyatif Bozukluk’un alt tipleri arasındaki ilişkinin incelenmesi ilginç sonuçlar verebilir. Bu nedenle konuya ilgi duyanların alt tipler konusunda çalışma yapabileceklerini önerebiliriz.

Sonuç olarak Grup I'e özgü bulgular şunlardır:

- 1) Grup I'de kadınların oranının daha fazla olması, Dissosiyatif Bozukluk'un kadınlarda daha sık görülmesi ile ilişkili olabilir.
- 2) Grup I'de depresyon şiddetinin daha fazla olduğu görüldü.
- 3) Dissosiyasyon ve uyku ilişkili deneyimlerin birlikteliği kişinin uyku kalitesi ve uyku deneyimi ile ilişkilidir.
- 4) NREM evre I süresinin yüksekliği bu hastaların uykularının sıklıkla bölündüğünü gösterir.
- 5) Arousal reaksiyonlarıyla uyku bölünmesi, uyku etkinliğini ve gündüz işlev bozukluğunu etkiler.

Grup II'ye özgü bulgular şunlardır:

- 1) AHİ+PBHİ ile PUKİ alt gruplarından uyku bozukluğu ve gündüz işlev bozukluğu arasındaki pozitif ilişki arousal reaksiyonlarıyla uyku kalitesini bozmaktadır.

6. SONUÇLAR

1. Parasomnisi olan hastaların % 41.6'sında Dissosiyatif Bozukluk bulunmuştur.
2. Dissosiyatif Bozukluk'u olan hastalarda % 33.3'ünde Dissosiyatif Amnezi, %13.3'ünde Dissosiyatif Füg, % 53.4'ünde Başka Türlü Adlandırılmayan (BTA) dissosiyatif bozukluk tanısı vardır.
3. Kadınlarda Parasomni ve Dissosiyatif Bozukluk eş tanısı daha sıktır.
4. Parasomni ve Dissosiyatif Bozukluk'ta dissosiyatif yaşantılar ve çocukluk çağı travmaları fazladır. Travmatik olaya maruz kalanların kalmayanlara göre daha çok dissosiyatif olmaktadır.
5. Parasomni ve Dissosiyatif Bozukluk'u olan hastalar hem klinisyenin görüşüne hem de kişilerin kendi bildirimlerine göre daha depresiftirler.
6. Delta yavaş dalga patlamaları her iki grupta benzerdir. Bu durum Dissosiyatif Bozukluk eş tanısından değil Parasomni'ye özgü görülmektedir.
7. Parasomni ve Dissosiyatif Bozukluk eş tanılı hastalarda gece içi uyanıklık sayısı, uykunun yüzeyleştiği dalga süresi ve N1 evre yüzdesi daha fazla görülmektedir.
8. Parasomnisi olan hastalarda AHI+PBHI daha yüksektir.
9. Dissosiyatif Bozukluk varlığında yasal sorun yaşama farklılaşmamaktadır.

Parasomni, Dissosiyatif Bozukluk ilişkisine yönelik çalışmalar oldukça sınırlıdır. Parasomni, dissosiyasyon, çocukluk çağı travmaları, uyku kalitesi, uyku deneyimleri, depresif semptomlar arasında ilişki olabileceğini düşünmemize rağmen araştırmamızın sınırlılıklarını da göz önüne aldığımızda daha ileri çalışmalara katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.

7. KAYNAKLAR

Abad VC, Guilleminault C. Sleep and psychiatry. *Dialogues Clin Neurosci*. 2006;7:291-303.

Abrams MP, Mulligan AD, Carleton RN, Asmundson GJ. Prevalence and correlates of sleep paralysis in adults reporting childhood sexual abuse. *J Anxiety Disord*. 2008;22:1535-1541.

Ağargün MY, Kara H, Özer ÖA, Selvi Y, Kıran Ü, Özer B. Clinical importance of nightmare disorder in patients with dissociative disorders. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2003a;57:575–579.

Ağargün MY, Kara H, Bilgin H, Kıncır F. ÖSS'ye girecek olan lise öğrencilerinde uyku problemleri ve kaygı düzeyleriyle ilişkisi. *Düşünen Adam* 1995;8: 35-39.

Ağargün MY, Cartwright R. REM sleep, dream variables and suicidality in depressed patients. *Psychiatry Research* 2003;119:33-39.

Ağargün MY, Kara H, Özer OA, Selvi Y, Kıran Ü, Kıran S. Nightmares and dissociative experiences: the key role of childhood traumatic events. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2003b;57:139–145.

Ali M, Auger RR, Slocumb NL, Morgenthaler TI. Idiopathic hypersomnia: clinical features and response to treatment. *J Clin Sleep Med* 2009;5:562-568.

Altıntaş I. Dissosiyatif Bozuklukta Psikiyatrik Eş Tanılar. T.C. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Yayınlanmış Uzmanlık Tezi, 2008.

Alves RSC, Aloe F, Silva AB, Tavares SM. Jactatio capitis nocturna with persistence in adulthood. *Arq Neuropsiquiatr* 1998;56:655-657.

Amerikan Psikiyatri Birliği: Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000, Köroğlu E (Çev), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2001.

Anand A, Charney DS, Oren DA, Berman RM, Hu XS, Cappiello A, Krystal JH. Attenuation of the neuropsychiatric effects of ketamine with lamotrigine support for hyperglutamatergic effects of N-methyl-D-aspartate receptor antagonists. Arch Gen Psychiatry. 2000;57:270-276.

Anderson MC, Ochsner KN, Kuhl B, Cooper J, Robertson E. Neural systems underlying the suppression of unwanted memories. Science. 2004;303:232-235; 2004 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>).

Anderson KN, Smith IE, Shneerson JM. Rhythmic movement disorder (head Banging) in an adult during rapid eye movement sleep. Mov Disord. 2006;6:866-879.

Andres I, Garzon M, Reinoso-Suarez F. Functional anatomy of non-REM sleep. Frontiers in Neurology 2011;2:1-14.

Aserinsky E. The discovery of REM sleep. J Hist Neurosci 1996;5:213-227.

Aslan S, Yetkin S, Albayrak FS, Gülcat Z, Maral I, Aycan S, Sütçigil L, Özgen F, Aydın H. Hipersomnia ile ilgili belirtilerin Ankara'nın kentsel bir bölgesinde yaygınlığı. Klinik Psikiyatri 2005;8:172-179.

Auger RR. Sleep-related eating disorders. Psychiatry. 2006;3:64-70.

Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler. 3. Basım, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2007a, 109-121.

Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler. 3. Basım, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2007b, 121-126.

Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler. 3. Basım, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2007, 225-231.

Aydın Hamdullah. 7. Psikiyatrik Hastalıklar ve Uyku Uluslararası Biyolojik Psikiyatri Kongresi, Edirne, 2-6 Haziran 2009, 132-149.

Baker D, Hunter E, Lawrence E, Medford N, Patel M, Senior C, Sierra M, Lambert MV, Phillips ML, David AS. Depersonalisation disorder: clinical features of 204 cases. *Br J Psychiatry*. 2003;182:428-433.

Baklan B. Uygunun Mekanizmaları ve Normal Uyku. Kaynak H, Ardiç S (Eds). *Uyku Fizyolojisi ve Hastalıkları İstanbul, Nobel Matbacılık*, 2011, 7-15.

Bastuji H, Garcia-Larrea L. Sleep/wake abnormalities in patients with periodic leg movements during sleep: Factor analysis on data from 24-h ambulatory polygraphy. *J. Sleep Res*. 1999;8: 217–223.

Başaran D. Uyku bozuklukları. *Türkiye Tıp Dergisi* 2002;9:117-127.

Bican A, Bora İ. JME hastalarında polisomnografi ve CAP skorlaması. *Epilepsi* 2008;14:131-135.

Bien CG, Benninger FO, Urbach H, Schramm J, Kurthen M, Elger CE. Localizing value of epileptic visual auras. *Brain*. 2000;123:244-253.

Bornemann MAC, Mahowald MW, Schenck CH. Parasomnias: clinical features and forensic implications. *Chest*. 2006;130:605-610.

Boeve BF, Dickson DW, Olson EJ, Shepard JW, Silber MH, Ferman TJ, Ahlskog JE, Benarroch EE. Insights into REM sleep behavior disorder pathophysiology in brainstem-predominant lewy body disease. *Sleep Med*. 2007;8:60-64.

Bowman ES, Markand ON. Psychodynamics and psychiatric diagnoses of pseudoseizure subjects. *Am J Psychiatry*. 1996;153:57-63.

Branchereau P, Chapron J, Meyrand P. Descending 5-hydroxytryptamine raphe inputs repress the expression of serotonergic neurons and slow the maturation of inhibitory systems in mouse embryonic spinal cord. *J. Neurosci*. 2002; 22:2598–2606.

Bremner JD, Krystal JH, Charney DS, Southwick SM. Neuronal mechanism in dissociative amnesia for childhood abuse: relevance to the current controversy surrounding the 'false memory syndrome'. *Am J Psychiatry* 1996; 153:71-82.

Briere J, Scott C, Weathers F. Peritraumatic and persistent dissociation in the presumed etiology of PTSD. *Am J Psychiatry*. 2005; 162:2295-301.

Bruni O, Novelli L, Finotti E, Luchetti A, Uggeri G, Arico D, Ferri R. All-night EEG power spectral analysis of the cyclic alternating pattern at different ages. *Clin Neurophysiol*. 2009; 120:248-56. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19110467>).

Brown RJ, Schrag A, Trimble MR. Dissociation, childhood interpersonal trauma, and family functioning in patients with somatization disorder. *Am J Psychiatry* 2005; 162:899–905.

Budhiraja R. The man who fought in sleep. *J Clin Sleep Med* 2007;3:427-428.

Buyse DJ, Germain A, Moul D, Nofzinger EA. Insomnia. *The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*. 2005;4:568-584.

Caldwell PHY, Edgar D, Hodson E, Craig JC. Bedwetting and toileting problems in children. *MJA* 2005;182:190–195.

Cengiz Y, Gönenli Toker S, Karamustafalıoğlu KO, Bakım B, Özçelik B. Psikiyatrik ayaktan hasta popülasyonunda gece yeme sendromunun yaygınlığı ve diğer psikiyatrik bozukluklarla birlikteliği. *New Symposium Journal* 2011;2:83-88.

Cheyne JA, Newby-Clark IR, Ruefer SD. Relations among hypnagogic and hypnopompic experiences associated with sleep paralysis. *J.Sleep Res*. 1999;8:313-317.

Chokroverty S. Sleep and its disorders. Bradley WG, Daroff RB, Fenichel G (Eds). *Neurology in Clinical Practice*. 5th edition, Philadelphia: Butter Worth Heinemann / Elsevier, 2008, 1947-2011.

Chokroverty S. Overview of sleep and sleep disorders. *Indian J Med* 2010;131:126-140.

Chu JA, Dill DL. Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. *Am J Psychiatry* 1990;147:887-892.

Collin F. Dissociation, Coping Strategies and Locus of Control in a Non-Clinical Population: A Preliminary Investigation. A thesis submitted, Monash University, Department of Psychology, 1997.

Colrain IM. The K-complex: a 7-decade history. *Sleep* 2005;28:255-273. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16171251>).

Cowley KC, Zaporozhets E, MacLean JN, Schmidt BJ. Is NMDA receptor activation essential for the production of locomotor-like activity in the neonatal rat spinal cord? *J Neurophysiol* 2005;94:3805–3814.

Crisp AH, Matthews BM, Oakey M, Crutchfield M. Sleepwalking, night terrors, and consciousness. *Br Med J* 1990;300:360-362.

Crisp AH. The sleepwalking/night terrors syndrome in adults. *Postgrad Med J* 1996; 72:599-604.

Culebras A. Update on disorders of sleep and the sleep--wake cycle. *Psychiatr Clin North Am.* 1992;15:467-489. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1603736>).

Danker-Hopfe H, Anderer P, Zeitlhofer J, Boeck M, Dorn H, Gruber G, Heller E, Loretz E, Moser D, Parapatics S, Saletu B, Schmidt A, Dorffner G. Interrater reliability for sleep scoring according to the Rechtschaffen & Kales and the new AASM standard. *J Sleep Res* 2009;18:74-84.

Daurat A, Foret J, Bret-Dibat JL, Fureix C, Tiberge M. Spatial and temporal memories are affected by sleep fragmentation in obstructive sleep apnea syndrome. *J Clin Exp Neuropsychol.* 2008;30:91-101. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17852584>).

Deakin JWF, Lees J, McKie S, Hallak JEC, Williams SR, Dursun SM. Glutamate and the neural basis of the subjective effects of ketamine a pharmaco-magnetic resonance imaging study. *Arch Gen Psychiatry*. 2008;65:154-164.

Derry CP, Davey M, Jones M, Krom K, Glencross D. Distinguish sleep disorders from sleep. *Arch Neurol*. 2006;63:705-709.

Desseilles M, Dang-Vu T, Schabus M, Sterpenich V, Maquet P, Schwartz S. Neuroimaging insights into the pathophysiology of sleep disorders. *Sleep*. 2008;31:777-794.

Develioğlu Pelin Z. Uykuda Obstruktif Solunum Bozuklukları ve Solunum Eforu: Klinik ve Polisomnografik Çalışma. T.C. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, Yayınlanmış Uzmanlık Tezi, 1999.

Difede J, Ptacek JT, Roberts J, Barocas D, Rives W, Apfeldorf W, Yurt R.. Acute stress disorder after burn injury: a predictor of posttraumatic stress disorder? *Psychosomatic Medicine* 2002;64:826-834.

Dudek NS, Shahar G. What are sleep-related experiences? Associations with transliminality, psychological distress, and life stress. *Consciousness and Cognition* 2009;18:891-904.

Duffy JF, Lowe ASW, Silva EJ, Winkelman JW. Periodic limb movements in sleep exhibit a circadian rhythm that is maximal in the late evening/early night. *Sleep Med*. 2011;12:83-88.

Dutra L, Bureau JF, Holmes B, Lyubchick A, Lyons-Ruth K. Quality of early care and childhood trauma: a prospective study of developmental pathways to dissociation. *J Nerv Ment Dis*. 2009; 197:383-390.

Earley CJ, Kuwabara H, Wong DF, Gamaldo C, Salas R, Brasic J, Ravert HT, Dannals RF, Allen RP. The Dopamine Transporter is Decreased in the Striatum of Subjects with Restless Legs Syndrome. *Sleep* 2011;34:341-347.

Ellert U, Ravens-Sieberer U, Erhart M, Kurth BM. Determinants of agreement between self-reported and parent-assessed quality of life for children in Germany-results of the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS). *Health Qual Life Outcomes*. 2011;23:9:102.

Eveloff HH. The LSD syndrome. A review. *Calif Med*. 1968;109:368-373.

Fahed GP, Mehra R. A man with abnormal sleep behavior. *J Clin Sleep Med*. 2007;3:533-534.

Fassler O, Knox J, Lynn SJ. The Iowa Sleep Experiences Survey: Hypnotizability, absorption, and dissociation. *Personality and Individual Differences* 2006;41:675-684.

Favrat B, Menetrey A, Augsburger M, Rothuizen LE, Appenzeller M, Buclin T, Pin M, Mangin P, Giroud C. Two cases of "cannabis acute psychosis" following the administration of oral cannabis. *BMC Psychiatry*. 2005;1:5-17.

Foote B, Smolin Y, Kaplan M, Legatt ME, Lipschitz D. Prevalence of dissociative disorders in psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry* 2006;163:623–629.

Galliaud E, Taillard J, Sagaspe P, Valtat C, Bioulac B, Philip P. Sharp and sleepy: evidence for dissociation between sleep pressure and nocturnal performance. *J. Sleep Res*. 2008;17:11–15.

Garcia-Rill E, Heister DS, Ye M, Charlesworth A, Hayar A. Electrical coupling: novel mechanism for sleep-wake control. *Sleep* 2007;30:1405-1414.

Garcia-Borreguero D, Stillman P, Benes H, Buschmann H, Chaudhuri KR. Algorithms for the diagnosis and treatment of restless legs syndrome in primary care. *BMC Neurology* 2011; 11:3-13.

Gautam S, Gupta ID, Batra L, Sharma H, Khandelwal R, Pant A. Psychiatric morbidity among victims of bomb blast. *Indian J Psychiatry*. 1998;40:41-45.

Giesbrecht T, Merckelbach H. Subjective sleep experiences are related to dissociation. *Personality and Individual Differences* 2004;37:1341-1345.

Giesbrecht T, Jongen EMM, Smulder FTY, Merckelbach H. Dissociation, resting EEG, and subjective sleep experiences in undergraduates. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2006;194:362-368.

Giesbrecht T, Merckelbach H, Kater M, Sluis AF. Why dissociation and schizotypy overlap: the joint influence of fantasy proneness, cognitive failures, and childhood trauma. *J Nerv Ment Dis.* 2007;195:812-818.

Giesbrecht T, Merckelbach H, Geraerts E. The dissociative experiences taxon is related to fantasy proneness. *J Nerv Ment Dis.* 2007;195:769-772.

Gölge ZB. Cinsel travma sonrası oluşan ruhsal sorunlar. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2005; 42:19-28.

Guilleminault C, Stoohs R, Clerk A, Cetel M, Maistros P. The A cause of excessive daytime sleepiness. The upper airway resistance syndrome. *Chest* 1993;104:781-787.

Guilleminault C, Kirisoglu C, Bao G, Arias V, Chan A, Li K. Adult chronic sleepwalking and its treatment based on polysomnography. *Brain* 2005;128:1062–1069.

Güneş Z, Körükcü Ö, Özdemir G. Diyabetli hastalarda uyku kalitesinin belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2009;12:10-17.

Haas HL, Sergeeva OA, Selbach O. Histamine in the nervous system. *Physiol. Rev* 2008; 88:1183-1241.

Halasz P, Terzano MG, Parrino L, Bodizs R. The nature of arousal in sleep. *J. Sleep Res.* 2004;13:1–23.

Halasz P. The role of micro-arousals in the regulation of sleep. *Idegyogy Sz.* 2006; 59:252-260.(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2006>).

Hartman D, Crisp AH, Sedgwick P, Borrow S. Is there a dissociative process in sleepwalking and night terrors? *Postgrad Med J* 2001;77:244–249.

Hefez A, Metz L, Lavie P. Long term effects of extreme situational stress on sleep and dreaming. *Am J Psychiatry* 1987;144:344-347.

Isaaca M, Chand PK. Dissosiyatif bozukluklar ve konversiyon bozuklukları: sınırları tanımlamak. *Current Opinion in Psychiatry* 2006;19:61-66.

Jaar O, Pilon M, Carrier J, Montplaisir J, Zadra A. Analysis of slow-wave activity and slow-wave oscillations prior to somnambulism. *Sleep* 2010; 33:1511-1516.

Jaimcharyatam N, Rodriguez CL, Budur K. Prevalence and correlates of alpha-delta sleep in major depressive disorders. *Innov Clin Neurosci*. 2011;8:35-49.

Kahn D, Stickgold R, Pace-Schott EF, Hobson JA. Dreaming and waking consciousness: a character recognition. *J. Sleep Res.* 2000;9:317-325.

Karadeniz D, Ondze B, Besset A, Billiard M. EEG arousals and awakenings in relation with periodic leg movements during sleep. *J Sleep Res.* 2000;9:273-277.

Keskin G, Babacan A, Engin A. Epilepsi hastalarının aleksitimi, uyku kalitesi ve ruhsal belirtiler yönünden incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2011;12:114-120.

Korkut Y. Hemodiyaliz hastalarının öznel uyku kalitesi üzerine karşılaştırmalı bir çalışma ve uyku kalitesini yordayıcı faktörlerin araştırılması. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2008;18:105-112.

Kato T, Montplaisir JY, Lavigne GJ. Experimentally induced arousals during sleep: a cross-modality matching paradigm. *J Sleep Res.* 2004; 13:229-238.

Kaynak H, Uygunoğlu U. Uyku Bozuklukları Sınıflaması. Kaynak H, Ardic S (Eds). *Uyku Fizyolojisi ve Hastalıkları* İstanbul, Nobel Matbacılık, 2011, 143-147.

Kempnaers C, Bouillon E, Mendlewicz J. A rhythmic movement disorder in REM sleep: a case report. *Sleep*. 1994;17:274-279.

Kisiel CL, Lyons JS. Dissociation as a mediator of psychopathology among sexually abused children and adolescents. *Am J Psychiatry*. 2001;158:1034-1039.

Koffel E, Watson D. Unusual sleep experiences, dissociation, and schizotypy: evidence for a common domain. *Clin Psychol Rev*. 2009;29:548–559.

Koffel E. Further validation of the iowa sleep disturbances inventory. *Psychological Assessment* 2011;3:587-598.

Köktürk O. Uyku bozuklukları sınıflaması ve ayırıcı tanısı. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2001;49:185-182.

Köktürk O, Çiftçi Ulukavak T. Santral uyku apne sendromu. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2003;51:349-360.

Kritchevsky M, Chang J, Squire LR. Functional amnesia: clinical description and neuropsychological profile of 10 cases. *Learning & Memory* 2004;11:213-226.

Kuhl BA, Kahn I, Dudukovic NM, Wagner AD. Overcoming suppression in order to remember: Contributions from anterior cingulate and ventrolateral prefrontal cortex. *Cogn Affect Behav Neurosci*. 2008;8:211–221.

Küçükgoncu S, Aktar E, Erginbaş E, Beştepe EE, Çalikuşu C, Algin F, Erkoç S. Relationship between dissociative experiences, abnormal sleep experiences, and sleep quality in undergraduate students. *Düşünen Adam* 2010;23:77-84.

Laberge L, Petit D, Simard C, Vitaro F, Trambly RE, Montplaisier J. Development of sleep patterns in early adolescence. *J. Sleep Res*. 2001;10: 59-67.

Lanius RA, Williamson PC, Densmore M, Boksman K, Neufeld RW, Gati JS. The nature of traumatic memories: a 4-T fMRI functional connectivity analysis. *Am J Psychiatry*. 2004; 161:36-44.

Lewis DO, Yeager CA, Swica Y, Pincus JH, Lewis M. Objective documentation of child abuse and dissociation in 12 murderers with dissociative identity disorder. *Am J Psychiatry*. 1997;154:1703-1710.

Leung RS. Sleep-disordered breathing: autonomic mechanisms and arrhythmias. *Prog Cardiovasc Dis*. 2009;51:324-338. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19110134>).

Liu YW, Li J, Ye JH. Histamine regulates activities of neurons in the ventrolateral preoptic nucleus. *J Physiol* 2010;4103–4116.

Li SX, Yu MWM, Lam SP, Zhang J, Li AM. Frequent nightmares in children: familial aggregation and associations with parent-reported behavioral and mood problems. *Sleep* 2011;34:487-493.

Lowy F. Recent sleep and dream research: Clinical implications. *C.M.A. Journal* 1970;102: 1069-1077.

Lowenstein RJ, Putnam FW. Dissosiyatif B ozuklukar. Kaplan MD, Sadock BJ, editörler. *Comprehensive Textbook of Psychiatry* 2. Cilt içinde. 8. Baskı. Aydın H, Bozkurt AA, çev. editörleri. Ankara: Güneş Basımevi; 2007, s.1844-1902.

Mahowald MW, Schenck CH, Bornemann MAC. Sleep related violence. *Current Neurology and Neuroscience reports* 2005;153-158.

Manni R, Terzaghi M. Rhythmic movements during sleep: a physiological and pathological profile. *Neurol Sci* 2005;26:181–185.

Mason TB 2nd, Pack AI. Pediatric parasomnias. *Sleep*. 2007;30:141-151.

Matwiyoff G, Lee-Chiong T. Parasomnias: an overview. *Indian J Med Res* 2010; 131: 333-337.

Mayer G, Frenz JW, Kurella B. Sleep related rhythmic movement disorder revisited. *J.Sleep Res*. 2007;16:110-116.

Mellman TA, Kluick-Bell R, Ashlock LE, Nolan B. Sleep events among veterans with combat-related post traumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 1995;152:110-115.

Mindel J, Meltzer LJ. Behavioural Sleep Disorders in Children and Adolescents. *Ann Acad Med Singapore* 2008;37:722-728.

Morgan CA, Hazlett G, Wang S, Richardson EG Jr, Schnurr P, Southwick SM. Symptoms of dissociation in humans experiencing acute, uncontrollable stress: a prospective investigation. *Am J Psychiatry*. 2001;158:1239-1247.

Moser D, Anderer P, Gruber G, Parapatics S, Loretz E. Sleep classification according to AASM and Rechtschaffen and Kales: effects on sleep scoring parameters. *Sleep* 2008;2:139-149.

Neubauer DN, Flaherty KN. Pathophysiology, Associations, and Consequences of Insomnia. Kuschida CE (ED). *Handbook of Sleep Disorders*. New York, Informa Helthcare, 2009, 15-29.

Nijenhuis ERS, Van der Hart O. Dissociation in trauma: a new definition and comparison with previous formulations. *Journal of Trauma and Dissociation* 2011; 12:416-445.

Neylan TC, Marmar CR, Metzler TJ, Weiss DS, Zatzick DF, Delucchi KL, Wu RM, Schoenfeld FB . Sleep disturbances in the Vietnam generation: findings from a nationally representative sample of male Vietnam veterans. *Am J Psychiatry*. 1998;155:929-933.

Nguyen BH, Perusse D, Paquet J, Petit D, Boivin M, Tremblay RE, Montplaisir J.. Sleep terrors in children: a prospective study of twins. *Pediatrics* 2008;122:1164-1167.

Nofzinger EA, Buysse DJ, Germain A, Price JC, Miewald JM, Kupfer DJ. Functional neuroimaging evidence for hyperarousal in insomnia. *Am J Psychiatry*. 2004;161:2126-2128.

Oboler SK, Prochazka V, Meyer TJ, Colorado D. Leg Symptoms in Outpatient Veterans. *West J Med* 1991;155:256-259.

Ohayon MM, Li KK, Guilleminault C. Risk factor for sleep bruxism in the general population. *Chest* 2001;119:53-61.

Ohayon MM, Schenck CH. Violent behavior during sleep: prevalence, comorbidity and consequences. *Sleep Med*. 2010;11: 941–946.

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;60:268-276. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1999>).

Ohayon MM, Lemoine P. Daytime consequences of insomnia complaints in the French general population. *Encephale*. 2004;30:222-227.

Oldani A, Manconi M, Zucconi M, Castronovo V, Ferini-Strambi L. 'Nocturnal groaning': just a sound or parasomnia? *J Sleep Res*. 2005;14:305-310.

Olson EJ, Boeve BF, Silber MH. Rapid eye movement sleep behaviour disorder: demographic, clinical, and laboratory findings in 93 cases. *Brain* 2000;123:331-339.

Öztürk L. Yanıtını arayan eski bir soru: niçin uyuyoruz? *Ist Tıp Fak Derg* 2007;70:114-121.

Öztura İ. Narkolepsi. Kaynak H, Ardiç S (Eds). Uyku Fizyolojisi ve Hastalıkları İstanbul, Nobel Matbacılık, 2011, 309-322.

Pal D, Mallick BN. Neural mechanism of rapid eye movement sleep generation with reference to REM-off neurons in locus coeruleus. Indian J Med Res 2007;125:721-739.

Parrino L, Halasz P, Tassinari CA, Terzano MG. CAP, epilepsy and motor events during sleep: the unifying role of arousal. Sleep Medicine Reviews 2006;10:267–285.

Parrino L, Smerieri A, Rossi M, Terzano MG. Relationship of slow and rapid EEG components of CAP to ASDA arousals in normal sleep. Sleep. 2001;24:881-885. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11766157>).

Pearce JM. Clinical features of the exploding head syndrome. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1989;52:907-910.

Peever J. Control of motoneuron function and muscle tone during REM sleep, REM sleep behavior disorder and cataplexy/narcolepsy. Arch Ital Biol. 2011;149:1257.

Pelin Z, Karatas S, Kesebir S. Jactatio corporis nocturna ve dissosiyatif bozukluk: bir olgu sunumu. Türk Psikiyatri Dergisi 2012; 23, Baskıda, Kabul tarihi 26.12.2011.

Piefke M, Weiss PH, Zilles K, Markowitsch HJ, Fink GR. Differential remoteness and emotional tone modulate the neural correlates of autobiographical memory. Brain. 2003; 126:650-668.

Postuma RB, Gagnon JF, Vendette M, Fantini ML, Massicotte-Marquez J, Montplaisir J. Quantifying the risk of neurodegenerative disease in idiopathic REM sleep behavior disorder. Neurology 2009;72:1296–1300.

Pressman MR. Disorders of Arousal From Sleep and Violent Behavior: The Role of Physical Contact and Proximity. Sleep 2007;30:1039-1047.

Provinni F, Plazzi G, Tinuper P, Vandi S, Lugaresi E, Montagna P. Nocturnal frontal lobe epilepsy: A clinical and polygraphic overview of 100 consecutive cases. *Brain* 1999;122: 1017–1031.

Punamaki RL, Komproe IH, Qouta S, Elmasri M, de Jong JT. The role of peritraumatic dissociation and gender in the association between trauma and mental health in a Palestinian community sample. *Am J Psychiatry*. 2005;162:545-51.

Rajah A, Kumar RS, Somasundaram CP, Kumar AA. Dissociative fugue in the elderly. *Indian J Psychiatry*. 2009;51:305-307.

Rechtschaffen A, Kales A. A manual of Standardized Terminology, Techniques and Scoring System for Sleep Stages of Human Subjects. Washington Public Health Service, US Governmental Printing Office, Washington DC, 1968.

Ross RJ, Ball WA, Sullivan KA, Caroff SN. Sleep disturbance as the hallmark of posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*. 1989;146:697-707.

Sateia MJ. Description of insomnia. Kuschida CA(Ed), *Handbook of Sleep Disorders*. Second Edition, New York: Informa Helthcare, 2009, 3-15.

Schenk CH, Milner DM, Hurwitz TD, Bundlie SR, Mahowald MW. A polysomnographic and clinical report on sleep related injury in 100 adult patients. *Am J Psychiatry* 1989;146:1166-1173.

Schenck CH, Milner DM, Hurwitz TD, Bundlie SR, Mahowald MW. Dissociative disorders presenting as somnambulism: polysomnographic, video and clinical documentation (8 cases). *Dissociation* 1989;4:194-204.

Schredl M. Nightmares: An under-diagnosed and undertreated condition? *Sleep* 2010;33: 774-780.

Sevim S. Sirkadyen ritm bozuklukları. Kaynak H, Ardıç S (Eds). Uyku Fizyolojisi ve Hastalıkları İstanbul, Nobel Matbacılık, 2011, 325-332.

Semiz UB, Algül A, Başoğlu C, Ateş MA, Ebrinç S, Çetin M. The relationship between subjective sleep quality and aggression in male subjects with antisocial personality disorder. Turk Psikiyatri Derg. 2008;19:373-381.

Siclari F, Khatami R, Urbaniok F, Nobili L, Mahowald MW. Violence in sleep. Brain 2010; 133:3494–3509.

Simeon D, Guralnik O, Knutelska M, Hollander E, Schmeidler J. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis dysregulation in depersonalization disorder. Neuropsychopharmacology. 2001; 25:793-795.

Silva A, Andersen ML, De Mello MT, Bittencourt LRA, PeruzzoD, Tufik S. Gender and age differences in polysomnography findings and sleep complaints of patients referred to a sleep laboratory. Braz J Med Biol Res 2008;41:1067-1075.

Smith MT, Klick B, Kozachik S, Edwards RE, Holavanahalli R, Wiechman S. Sleep onset insomnia symptoms during hospitalization for major burn injury predict chronic pain. Pain. 2008;138:497-506.

Stone J, Zeman A, Simonotto E, Meyer M, Azuma R, Flett S. fMRI in patients with motor conversion symptoms and controls with simulated weakness. Psychosomatic Medicine 2007; 69:961–969.

Stores G. Clinical diagnosis and misdiagnosis of sleep disorders. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2007;78:1293-297.

Sturzenegger C, Bassetti CL. The clinical spectrum of narcolepsy with cataplexy: a reappraisal. J Sleep Res. 2004;13:395-406.

Su C, Miao J, Liu r, Lei G, Zhang W, Yang T, Li Z. Multible forms of movements in adolescent boy with rhythmic movement disorder. Clinical Neurology and Neurosurgery 2009;111:896-899.

Şar V. Epidemiology of Dissociative Disorders: An Overview. Epidemiology Research International 2011;10:1-8.

Şar V. Dissosiyatif kimlik bozukluğu: çocukluk çağı ruhsal travmaları ile ilişkili bir psikopatoloji. Klinik Gelişim 2010;2:26-32.

Şar V, Yargıç I, Tutkun H. Structered interview data on 35 cases of dissociative identity disorder in Turkey. Am J Psychiatry 1996;153:1329-1333.

Şar V, Akyüz G, Kundakçı T, Kızıltan E, Doğan O. Childhood trauma, dissociation, and psychiatric comorbidity in patients with conversion disorder. Am J Psychiatry. 2004; 161:2271-2276.

Şar V. The scope of dissociative disorders: an international perspective. Psychiatr Clin N Am 2006;29: 227-244.

Şar V, Ross C. Dissociative disorders as a confounding factor in psychiatric research. Psychiatr Clin N Am 2006;29:129-144.

Şar V, Ünal SN, Öztürk E. Frontal and occipital perfusion changes in dissociative identity disorder. Psychiatry Research: Neuroimaging 2007;156:217-223.

Şar V, Akyüz G, Doğan O, Öztürk E. The prevalence of conversion symptoms in women from a general turkish population. Psychosomatics 2009;50:50–58.

Terzano MG, Parrino L, Smerieri A, Carlı F, Nobili L, Donadio S. CAP and arousals are involved in the homeostatic and ultradian sleep processes. J. Sleep Res. 2005;14:359–368.

Thorpy MJ, Plazzi G. The Parasomnias and Other Sleep Related Movement Disorders. 1st published, New York, Cambridge University Pres, 2010, 6-361.

Thiedke CC. Sleep disorders and sleep problems in childhood. *Am Fam Physician* 2001;63:277-84.

Tutkun H, Şar V, Yargıç LI, Özpulat T, Yanık M, Kızıltan E. Frequency of dissociative disorders among psychiatric inpatients in a Turkish University Clinic. *Am J Psychiatry*. 1998;155:800-5.

Tuncel D, Orhan FÖ. Parasomniler: tanı, sınıflama, klinik özellikleri. *Current Approaches in Psychiatry* 2009;1:280-296.

Van der Kolk B, Blitz R, Burr W, Sherry S, Hartmann E. Nightmares and trauma: a comparison of nightmares after combat with lifelong nightmares in veterans. *Am J Psychiatry*. 1984;141:187-190.

Van der Kolk BA, Van der Hart O. Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma. *Am J Psychiatry*. 1989;146:1530-40.

Walters AS. Clinical identification of the simple sleep related movement disorders. *Chest* 2007;131:1260-1266.

Watson D. Dissociations of the night: individual differences in sleep-related experiences and their relation to dissociation and schizotypy. *J Abnorm Psychol*. 2001;110:526-535.

Weniger G, Lange C, Sachsse U, Irle E. Amygdala and hippocampal volumes and cognition in adult survivors of childhood abuse with dissociative disorders. *Acta Psychiatr Scand*. 2008; 118:281-290. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18759808>).

Wettstein RM. Quality and quality improvement in forensic mental health evaluations. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2005;33:158-175.

Wichniak A, Antczak J, Wierzbicka A, Jernajczyk W. Alterations in pattern of rapid eye movement activity during REM sleep in depression. *Acta Neurobiol Exp (Wars)*. 2002;62:243-250.

Yaman S, Çomoğlu S. Bilateral talamik infarkt olgusu. Türk Serebrovasküler Hastalıklar Dergisi 2007;13:59-61.

Yanık M, Özmen M. Amnezi, bastırılmış bellek (repressed memory) ve unutulmuş anıların yeniden hatırlanması (recovery memory). Yeni Symposium 2001;39:74-78.

Young P. Genetic aspects of parasomnia. Somnologie 2008;12:7-13.

Yeh SB, Schenck CH. Sleep-related eating disorder in a 29 year-old man: a case report with diagnostic polysomnographic findings. Acta Neurol Taiwan 2007;16:106-110.

Yetkin S, Özgen F. İnsomniler. Kaynak H, Ardıç S (EDs). Uyku Fizyolojisi ve Hastalıkları. İstanbul, Nobel Matbacılık, 2010, 147-187.

Yetkin S, Doruk A, Özgen F, Aydın H. Travma sonrası stres bozukluğu hastalarında gece idrar noradrenalin düzeyleri ve uyku yapısı. Gülhane Tıp Derg 2010;52:252-256.

Yılmaz H. Parasomniler. Kaynak H, Ardıç S (EDs). Uyku Fizyolojisi ve Hastalıkları. İstanbul, Nobel Matbacılık, 2010, 333-351.

Yüksel N. Tianeptin: depresyon ve eşlik eden anksiyete tedavisindeki yeri. Klinik Psikiyatri 2004;4:25-31.

Zadra A, Pilon M, Joncas S, Rompré S, Montplaisir J. Analysis of postarousal EEG activity during somnambulistic episodes. J Sleep Res. 2004;13:279-284.

Zavada A, Strijkstra AM, Boerema AS, Daan S, Beersma DGM. Evidence for differential human slow-wave activity regulation across the brain. J. Sleep Res. 2009;18:3-10.

Zoroğlu SS, Tüzün Ü, Öztürk M, Şar V. Çocuk ve ergenlerde dissosiyatif bozukluk: 36 olgunun gözden geçirilmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2000;1:197-206.

Zucconi M, Oldani A, Ferini-Strambi L, Smirne S. Arousal fluctuations in non-rapid eye movement parasomnias: the role of cyclic alternating pattern as a measure of sleep instability. J Clin Neurophysiol. 1995; 12:147-54.

Zygierewicz J, MalinowskaU, Suffczynski P, Piotrowski T, Durka PJ. Event-related desynchronization and synchronization in evoked K-complexes. *Acta Neurobiol Exp* 2009;69: 254–261.



**DİSSOSİYATİF BOZUKLUĞU OLAN VE OLMAYAN PARASOMNİLİ HASTALARIN UYKU
ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU**

Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri poliklinikleri ve acil servisine başvuran ve buralardan Uyku Bozuklukları Merkezi'ne yönlendirilen klinik değerlendirme ve polisomnografi sonucunda ICSD-2 tanı kriterlerine göre parasomni tanısını konan hastalar arasında yapılacaktır. Çalışmaya katılmayı kabul eden dahil edilme kriterlerini karşılayan ve dışlama kriterlerini ile dışlanan 36 hastaya çalışma hakkında bilgi verilip aydınlatıldı, onam formu imzalatıldı. Hastalara Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ), Iowa Uyku Deneyimleri Ölçeği (IUDÖ), Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DYÖ), Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantılar Ölçeği-28 (ÇÇTYÖ-28), Dissosiyatif Bozukluklar İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Çizelgesi (SCID-D) uygulanacaktır. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, ya da diğer rahatsızlıklarınız için 0216 302 59 59 nolu telefondan Dr Kader Semra Karataş'a başvurabilirsiniz. Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, çalışma programını aksatmanız nedeniyle sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir. Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlanırsa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmacının izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir.

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:
Adresi:
Tel.-Faks:
Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı:
Görevi:
Adresi:
Tel.-Faks:
Tarih ve İmza:

Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının,

Adı-Soyadı:
Görevi:
Adresi:
Tel.-Faks:
Tarih ve İmza:

VERİ TOPLAMA FORMU

YAŞ:

CİNSİYET:

- ☐ Kadın
- ☐ Erkek

MEDENİ DURUM:

- ☐ Bekar
- ☐ Evli
- ☐ Dul
- ☐ Boşanmış/Ayrı

EĞİTİM:

- ☐ Okuryazar
- ☐ İlköğretim
- ☐ Lise
- ☐ Yüksek öğretim

MESLEK:

- ☐ Çalışmıyor
- ☐ Memur/İşçi
- ☐ Serbest
- ☐ Emekli
- ☐ Öğrenci

BOY:

AĞIRLIK:

VÜCUT KİTLE İNDEKSİ:

BOYUN ÇEVRESİ:

BEL ÇEVRESİ:

YASAL DURUM:

DİSSOSİYATİF YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (DES) Bernstein & Putnam,1986,1993

Türkçe'ye uyarlayanlar: Vedat Şar, L.İlhan Yargıç, Hamdi Tutkun

Bu test günlük hayatınızda başınızdan geçmiş olabilecek yaşantıları konu alan 28 sorudan meydana gelmektedir. Sizde bu yaşantıların ne sıklıkta olduğunu anlamak istiyoruz. Yanıt verirken, alkol ya da ilaç etkisi altında meydana gelen yaşantıları değerlendirmeye katmayınız. Lütfen her soruda, anlatılan durumun sizdekine ne ölçüde uyduğunu 100 üzerinden değerlendiriniz ve uygun olan rakamı daire içine alınız.

Örnek:

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

SORULAR

1. Bazı insanlar, yolculuk yaparken yol boyunca ya da yolun bir bölümünde neler olduğunu hatırlamadıklarını birden farkederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

2. Bazı insanlar zaman zaman, birisini dinlerken, söylenenlerin bir kısmını ya da tamamını duymamış olduklarını birden farkederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

3. Bazı insanlar kimi zaman, kendilerini nasıl geldiklerini bilmedikleri bir yerde bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

4. Bazı insanlar zaman zaman kendilerini, giydiklerini hatırlamadıkları elbiseler içinde bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

5. Bazı insanlar zaman zaman eşyaları arasında, satın aldıklarını hatırlamadıkları yeni şeyler bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

6. Bazı insanlar, zaman zaman, yanlarına gelerek başka bir isimle hitabeden ya da önceden tanıştıklarında ısrar eden, tanımadıkları kişilerle karşılaşır. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

7. Bazı insanlar, zaman zaman, kendilerinin yanbaşıda duruyor ya da kendilerini birşey yaparken seyrediyor ve sanki kendi kendilerine karşıdan bakıyormuş gibi bir his duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

8. Bazı insanlara, arkadaşlarını ya da aile bireylerini, zaman zaman tanımadıklarının söylendiği olur. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

9. Bazı insanlar, yaşamlarındaki kimi önemli olayları (örneğin nikah ya da mezuniyet töreni) hiç hatırlamadıklarını farkederler. Yaşamınızdaki bazı önemli olayları hiç hatırlamama durumunun sizde ne oranda olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

10. Bazı insanlar zaman zaman, yalan söylemediklerini bildikleri bir konuda, başkaları tarafından, yalan söylemiş olmakla suçlanırlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

11. Bazı insanlar kimi zaman, aynaya baktıklarında kendilerini tanıyamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

12. Bazı insanlar kimi zaman, diğer insanların, eşyaların ve çevrelerindeki dünyanın gerçek olmadığı hissini duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

13. Bazı insanlar, kimi zaman vücutlarının kendilerine ait olmadığı hissini duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

14. Bazı insanlar, zaman zaman geçmişteki bir olayı o kadar canlı hatırlarlar ki, sanki o olayı yeniden yaşıyor gibi olurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

15. Bazı insanlar kimi zaman, olduğunu hatırladıkları şeylerin, gerçekte mi yoksa rüyada mı olduğundan emin olamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

16. Bazı insanlar zaman zaman, bildikleri bir yerde oldukları halde orayı yabancı bulur ve tanıyamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

17. Bazı insanlar, televizyon ya da film seyredirken, kimi zaman kendilerini öyküye o kadar kaptırırlar ki çevrelerinde olan bitenin farkına varamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

18. Bazı insanlar kimi zaman kendilerini, kafalarında kurdukları bir fantazi ya da hayale o kadar kaptırırlar ki, sanki bunlar gerçekten başlarından geçiyormuş gibi hissederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

19. Bazı insanlar, ağrı hissini duymamayı zaman zaman başarabildiklerini farkedirler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

20. Bazı insanlar kimi zaman, boşluğa bakıp hiç bir şey düşünmeden ve zamanın geçtiğini anlamaksızın oturduklarını farkedirler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

21. Bazı insanlar, yalnız olduklarında, zaman zaman sesli olarak kendi kendilerine konuştuklarını farkedirler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

22. Bazı insanlar kimi zaman iki ayrı durumda o kadar değişik davrandıklarını görürler ki, kendilerini neredeyse iki farklı insanmış gibi hissettikleri olur. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

23. Bazı insanlar, normalde güçlük çektikleri bir şeyi (örneğin spor türleri, iş, sosyal ortamlar vb.) belirli durumlarda son derece kolay ve akıcı biçimde yapabildiklerini farkedirler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

24. Bazı insanlar, zaman zaman, bir şeyi yaptıklarını mı yoksa yapmayı sadece akıllarından geçirmiş mi olduklarını (örneğin bir mektubu postaya attığını mı yoksa sadece atmayı düşündüğünü mü) hatırlayamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

25. Bazı insanlar kimi zaman, yaptıklarını hatırlamadıkları şeyleri yapmış olduklarını gösteren kanıtlar bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

26. Bazı insanlar, zaman zaman eşyaları arasında, kendilerinin yapmış olması gereken, fakat yaptıklarını hatırlamadıkları yazılar, çizimler ve notlar bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

27. Bazı insanlar, zaman zaman kafalarının içersinde, belli şeyleri yapmalarını isteyen ya da yaptıkları şeyler üzerine yorumda bulunan sesler duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

28. Bazı insanlar, zaman zaman, dünyaya bir sis perdesi arkasından bakıyormuş gibi hissederler, öyle ki insanlar ve eşyalar çok uzakta ve belirsiz görünürler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

Istanbul Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı
Klinik Psikoterapi Birimi
CHILDHOOD TRAUMA QUESTIONNAIRE (CTQ-28)
ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ

Copyright: İngilizce özgün biçimi 1995 yılında David P. Bernstein tarafından geliştirilmiş olan bu ölçek yazarından izin alınarak 1996 yılında Prof.Dr.Vedat Şar tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Klinik içi araştırmalarda kullanılmak üzere çoğaltılmıştır. Her hakkı mahfuzdur. Çoğaltılamaz, basılamaz, satılamaz. Ancak kaynak gösterilerek bilimsel araştırmalarda kullanılabilir.

Sorulara nasıl yanıt verilecek?

Bu sorular **çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (20 yaşından önce)** başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içersine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

	Hiç bir zaman	Nadiren	Zaman zaman	Sıklıkla	Çok sık olarak
Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...					
3. Yeterli yemek bulamazdım.	1	2	3	4	5
10. Ailemdelikler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.	1	2	3	4	5
13. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı .	1	2	3	4	5
15. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan birisi vardı.	1	2	3	4	5
18. Kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.	1	2	3	4	5
21. Sevdiğimi hissediyordum.	1	2	3	4	5
23. Anababamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.	1	2	3	4	5
24. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.	1	2	3	4	5
26. Ailemdelikler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.	1	2	3	4	5
29. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.	1	2	3	4	5

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...	Hiç bir zaman	Nadiren	Zaman zaman	Sıklıkla	Çok sık olarak
30. Ailemden tam olarak memnundum.	1	2	3	4	5
31.Ailemdelikler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.	1	2	3	4	5
32.Ailemdelikler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.	1	2	3	4	5
33.Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
34.Ailemdelikler beni her türlü kötülükten korumaya çalışırlardı.	1	2	3	4	5
35.Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövölüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu farketdiği oluyordu.	1	2	3	4	5
40.Ailemde birisi benden nefret ederdi.	1	2	3	4	5
41.Ailemdelikler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.	1	2	3	4	5
42.Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.	1	2	3	4	5
44.Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.	1	2	3	4	5
45.Çocukluğum mükemmeldi.	1	2	3	4	5
47.Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.	1	2	3	4	5
49.Birisi bana cinsel tacizde bulundu.	1	2	3	4	5
50.Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
51.Benim ailem dünyanın en iyisiydi.	1	2	3	4	5
52.Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
53.Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.	1	2	3	4	5
54.Gerektiği halde doktora götürölmezdim.	1	2	3	4	5

PITTSBURG UYKU KALİTESİ İNDEKSİ

İsim:

Yaş:

Tarih:

Açıklamalar

Aşağıdaki sorular yalnızca geçen ayki mutad uyku alışkanlıklarınızla ilgilidir. Cevaplarınız geçen ay içindeki gün ve gecelerin çoğuna uyan en doğru karşılığı belirtmelidir. Lütfen tüm soruları cevaplandırınız.

1. Geçen ay geceleri genellikle ne zaman yattınız?.....
2. Geçen ay geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman (dakika olarak) aldı?
3. Geçen ay sabahları genellikle ne zaman kalktınız?
4. Geçen ay, geceleri kaç saat gerçekten uyudunuz? (Bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir)

Aşağıdaki soruların her biri için uygun cevabı seçiniz. Lütfen tüm soruları cevaplandırınız. Geçen ay aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne kadar sıklıkla yaşadınız?

5. 30 dakika içinde uykuya dalamadınız.
 1. Geçen ay boyunca hiç
 2. Haftada birden az
 3. Haftada bir veya iki kez
 4. Haftada üç veya daha fazla
6. Gece yarısı veya sabah erkenden uyandınız.
 1. Geçen ay boyunca hiç
 2. Haftada birden az
 3. Haftada bir veya iki kez
 4. Haftada üç veya daha fazla
7. Banyo yapmak üzere kalkmak zorunda kaldınız.
 1. Geçen ay boyunca hiç
 2. Haftada birden az
 3. Haftada bir veya iki kez
 4. Haftada üç veya daha fazla
8. Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz.
 1. Geçen ay boyunca hiç
 2. Haftada birden az
 3. Haftada bir veya iki kez
 4. Haftada üç veya daha fazla
9. Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız.
 1. Geçen ay boyunca hiç
 2. Haftada birden az
 3. Haftada bir veya iki kez
 4. Haftada üç veya daha fazla
10. Aşırı derecede üşüdünüz.
 1. Geçen ay boyunca hiç
 2. Haftada birden az
 3. Haftada bir veya iki kez
 4. Haftada üç veya daha fazla
11. Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz.
 1. Geçen ay boyunca hiç
 2. Haftada birden az
 3. Haftada bir veya iki kez
 4. Haftada üç veya daha fazla
12. Kötü rüyalar gördünüz.
 1. Geçen ay boyunca hiç
 2. Haftada birden az
 3. Haftada bir veya iki kez
 4. Haftada üç veya daha fazla
13. Ağrı duyduunuz.
 1. Geçen ay boyunca hiç
 2. Haftada birden az
 3. Haftada bir veya iki kez
 4. Haftada üç veya daha fazla

14. Diğer neden(ler). Lütfen belirtiniz _____.
15. Geçen ay bu neden(ler)den dolayı ne kadar sıklıkla uyku problemi yaşadınız?
 1. Geçen ay boyunca hiç
 2. Haftada birden az
 3. Haftada bir veya iki kez
 4. Haftada üç veya daha fazla
16. Geçen ay, uyku kalitenizi tümüyle nasıl değerlendirebilirsiniz?
 1. Çok iyi
 2. Oldukça iyi
 3. Oldukça kötü
 4. Çok kötü
17. Geçen ay, uyumanıza yardımcı olması için ne kadar sıklıkla uyku ilacı (reçeteli veya reçetesiz) aldınız?
 1. Geçen ay boyunca hiç
 2. Haftada birden az
 3. Haftada bir veya iki kez
 4. Haftada üç veya daha fazla
18. Geçen ay, araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?
 1. Geçen ay boyunca hiç
 2. Haftada birden az
 3. Haftada bir veya iki kez
 4. Haftada üç veya daha fazla
19. Geçen ay, bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derecede problem oluşturdu?
 1. Hiç problem oluşturmadı
 2. Yalnızca çok az problem oluşturdu
 3. Bir dereceye kadar problem oluşturdu
 4. Çok büyük bir problem oluşturdu
20. Bir yatak partneriniz veya oda arkadaşınız var mı?
 1. Bir yatak partneri veya oda arkadaşı yok
 2. Diğer odada bur yatak partneri veya oda arkadaşı var
 3. Partner aynı odada fakat aynı yatakta değil
 4. Partner aynı yatakta

Eğer bir oda arkadaşınız veya yatak partneriniz varsa ona geçen ay aşağıdaki durumları ne kadar sıklıkla yaşadığınızı sorun

21. Gürültülü horlama.
 1. Geçen ay boyunca hiç
 2. Haftada birden az
 3. Haftada bir veya iki kez
 4. Haftada üç veya daha fazla
22. Uykuda iken nefes alıp vermeler arasında uzun aralıklar.
 1. Geçen ay boyunca hiç
 2. Haftada birden az
 3. Haftada bir veya iki kez
 4. Haftada üç veya daha fazla
23. Uyurken bacaklarda seğirme veya sıçrama.
 1. Geçen ay boyunca hiç
 2. Haftada birden az
 3. Haftada bir veya iki kez
 4. Haftada üç veya daha fazla
24. Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık.
 1. Geçen ay boyunca hiç
 2. Haftada birden az
 3. Haftada bir veya iki kez
 4. Haftada üç veya daha fazla
25. Uyurken olan diğer huzursuzluklarınız, lütfen belirtiniz.
 1. Geçen ay boyunca hiç
 2. Haftada birden az
 3. Haftada bir veya iki kez
 4. Haftada üç veya daha fazla

İOWA Uyku Deneyimleri Skalası

Genel Rüya Deneyimleri:

1	Gece uyanınca rüya mı gördüm yoksa gerçekten mi yaşadım emin olamıyorum	
2	Yatakta yatarken aslında orda olmayan birinin varlığını hissediyorum.	
3	Uykuya dalarken rüya benzeri keskin görüntüler görüyorum	
4	Uyanırken rüya benzeri keskin görüntüler görüyorum	
5	Uyanıkken, şiddetli bir kızgınlık ya da heyecan hissettiğimde kaslarımın zayıf ve yorgun olduğunu hissedirim	
6	Rüyalarımı hatırlarım	
7	Rüyalarım öyle gerçekçi ve canlıdır ki ertesi gün nasıl hissettiğimi etkiler	
8	Kabuslar görürüm	
9	Rüyamda düştüğümü gördüm	
10	Rüyamda uçtuğumu gördüm	
11	Rüyamda uyandığımı (yani uyanmanın rüyanın bir bölümünü oluşturduğu rüyalar) gördüm	
12	Tekrar tekrar gördüğüm rüyalarım vardır.	
13	Rüyamda gördüğüm bir şey sonradan gerçekleşti.	
14	Rüyamda öldüm.	
15	Bir problemimi ya da sıkıntımı çözmeme yardımcı olan bir rüya gördüm.	

Lucid Dreaming:

1	Rüyadayken rüyada olduğumun farkında olurum	
2	Rüyalarımı kontrol edebilirim	
3	Hoşuma gitmeyen veya beni rahatsız eden bir rüyadan kendimi uyandırabilirim	

1 - Asla

2 - Yılda 1 kereden az

3 - Yılda 1 ya da 2 kere

4 - Yılda 1-2 kereden fazla

5 - Ayda 1 ya da 2 kez

6 - Ayda 1-2 kereden fazla

7 – Haftada 1-2 kereden fazla

Hastanın Adı, Soyadı:	Tarih:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:	Değerlendirici:

HAMİLTON DEPRESYON DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

		Puan
1. DEPRESİF (ÇÖKKÜN) RUH HALİ	(1-5)	☐
2. ÇALIŞMA VE ETKİNLİKLER	(1-5)	☐
3. GENİTAL SEMPTOMLAR	(1-3)	☐
4. SOMATİK SEMPTOMLAR –GASTROİNTESTİNAL	(1-3)	☐
5. KİLO KAYBI		
A. ÖZGEÇMİŞİNİ DEĞERLENDİRİRKEN	(1-4)	☐
B. GERÇEK KİLO DEĞİŞİMİ	(1-4)	☐
6. UYKUSUZLUK (BAŞLARKEN)	(1-3)	☐
7. UYKUSUZLUK (ORTA)	(1-3)	☐
8. UYKUSUZLUK (GEÇ)	(1-3)	☐
9. SOMATİK BELİRTİLER (GENEL)	(1-3)	☐
10. SUÇLULUK DUYGULARI	(1-5)	☐
11. İNTİHAR	(1-5)	☐
12. PSİŞİK KAYGI	(1-5)	☐
13. SOMATİK KAYGI	(1-5)	☐
14. HİPOKONDİRİ	(1-5)	☐
15. İÇGÖRÜ	(1-3)	☐
16. YAVAŞLAMA	(1-5)	☐
17. AJİTASYON	(1-5)	☐
TOPLAM		

Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- 1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
- 2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4 (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Herşeyden sıkılıyorum.
- 5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6 (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgınlım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.
- 8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.
- 11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.
- 12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13 (0) Her zamankinden farklı görüldüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14 (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15 (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17 (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünmüyorum.
- 20 (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla seксе ilgim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam BECK-D skoru:.....