



Parasomni Tanılı Hastalarda Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları ve Dissosiyatif Belirtilerin Varlığı

Childhood Traumatic Experiences and Dissociative Symptoms in Patients with Parasomnia

© Fatma Doğan, © Sacit İçten*, © Serap Erdoğan Taycan**

Tuzla Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul, Türkiye

*Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye

**İstanbul Okan Üniversitesi İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesi, Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Öz

Amaç: Parasomniler anormal veya istenmeyen hareketlerin, davranışların, duyguların, algıların, rüyaların ve otonom sinir sistemi disfonksiyonunun yer aldığı uyku bozukluklarıdır. Bu çalışmada amacımız, parasomni tanılı hastalarda, çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve dissosiyatif belirtilerin varlığını araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem: Mart-Temmuz 2018 tarihleri arasında İstanbul 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Uyku Bozuklukları Tanı ve Tedavi Merkezleri Uyku Poliklinikleri'nde Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıf 3'e göre tanısı konulmuş 38 parasomni ve 40 obstrüktif uyku apnesi sendromu (OUAS) tanılı hasta alınmıştır. Tüm katılımcılar çocukluk çağı ruhsal travma ölçeği (ÇÇTÖ), disosiyatif yaşantılar ölçeği (DYÖ), Beck depresyon ölçeği ve Beck anksiyete ölçeği ile değerlendirilmiştir. Veriler aracı değişken analizleri kullanılarak analiz edilmiştir.

Bulgular: Parasomni ve OUAS grupları ölçeklerin kesme puanına göre karşılaştırıldığında, parasomni grubunda kontrol grubuna göre ÇÇTÖ ($p=0,004$) ve depresif belirtiler ($p=0,005$) açısından anlamlı farklılık bulunmuştur; DYÖ ($p=0,456$) ve anksiyete belirtileri ($p=0,934$) açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır. ÇÇTÖ alt ölçeklerinden ise parasomni grubunda cinsel istismar ($p=0,038$) ve duygusal istismar ($p=0,001$) alt ölçeklerinde kontrol grubuna göre anlamlı farklılık bulunmuştur; diğer alt ölçeklerde anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Sonuç: Çocukluk çağı travmalarının ve depresif belirtilerin parasomni tanılı hastalarda kontrol grubuna göre yüksek bulunması, bu hastaların tanı ve tedavilerinde psikiyatri ile iş birliği yapılmasının önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Parasomni, dissosiyasyon, çocukluk çağı travma, uyku bozuklukları, obstrüktif uyku apne sendromu

Abstract

Objective: Parasomnias are sleep disorders that are characterised by abnormal or unwanted movements, behaviours, emotions, perceptions, dreams and autonomic nervous system dysfunction. This study aimed to investigate the presence of childhood traumatic experiences and dissociative symptoms in patients with parasomnia.

Materials and Methods: This study included 38 patients with parasomnias and 40 patients with obstructive sleep apnoea syndrome (OSAS), who were diagnosed according to International sleep disorders classification 3 in the sleep outpatient clinics of Istanbul Provincial Health Directorate Istanbul 2nd Division Public Hospitals Association Sleep Disorders Diagnosis and Treatment Centers, between March 2018 and July 2018. All participants were evaluated with the childhood trauma scale, dissociative experience scale (DES), Beck depression scale and Beck anxiety scale. Mediator analyses were applied to process data.

Results: A significant difference was found between the parasomnia and OSAS groups in terms of the cut-off scores of the childhood trauma questionnaire (childhood trauma questionnaire; $p=0.004$) and depressive symptoms ($p=0.005$). No significant differences were found in terms of DES scores ($p=0.456$) and anxiety symptoms ($p=0.934$). A significant difference was noted in the scores of the sexual abuse ($p=0.038$) and emotional abuse ($p=0.001$) subscales of childhood trauma questionnaire. No significant difference was found in other subscales.

Conclusion: The finding that childhood trauma is higher in patients in the parasomnia group than in those in the control group emphasises the importance of cooperation with psychiatrists in order to diagnose and treat these patients.

Keywords: Parasomnia, dissociation, childhood trauma, sleep disorders, obstructive sleep apnoea syndrome

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Uzm. Dr. Sacit İçten, Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye

Tel.: +90 532 291 43 10 E-posta: sctctn@gmail.com ORCID-ID: orcid.org/0000-0002-1043-5185

Geliş Tarihi/Received: 12.10.2020 Kabul Tarihi/Accepted: 08.04.2021

©Telif Hakkı 2021 Türk Uyku Tıbbı Derneği / Türk Uyku Tıbbı Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından yayınlanmıştır.

Giriş

Parasomniler uykuya dalarken, uykudan uyanırken ya da uyku esnasında ortaya çıkabilen (1) anormal veya istenmeyen hareketlerin, davranışların, duyguların, algıların, rüyaların ve otonom sinir sistemi disfonksiyonunun yer aldığı uyku bozukluklarıdır (2). Pek çok tıbbi hastalık ve psikiyatrik bozukluk, diğer uyku bozuklukları, ilaç, alkol ya da madde kullanımı parasomnilerin oluşmasına sebep olabilir (3). Uyku stabilitesinin bozulması parasomnilerde ortak patolojidir (4,5). Tanı ayrıntılı anamnez, fizik muayene, gerekli durumlarda polisomnografi (PSG) ile konulur (2).

Çocukluk çağı travmaları (ÇÇT) çocuklukta veya genç erişkinlikte yaşanan fiziksel istismar (FIS), duygusal istismar (DIS), cinsel istismar (CIS), fiziksel ihmal (FIH) ve duygusal ihmal (DIH) yaşantılarının genel bir ismidir ve literatürde sıklıkla istismar ve ihmal kavramları ile açıklanmaktadır (6,7). Çocuk sağlığını ve refahını zedeleyen, çocukta yaşamı boyunca kalıcı izler bırakan bir sağlık sorunudur (8). Kritik bir gelişim döneminde, istismar ve ihmal gibi, genetik olmayan bir risk etmeni ile karşılaşma nörogelişimsel sorunları ortaya çıkarabilir (9). Özellikle nöronal plastisite döneminde oluşan travmatik yaşantılar nöroendokrin stres cevap sistemlerini aşırı duyarlı hale getirmektedir (10). Hastalık ve ÇÇT ilişkisi açısından üzerinde en çok durulan hastalıklar dissosiyatif bozukluklar olmuştur (11). Dissosiyatif bozukluklar, bilinen bedensel bir hastalıkla ilişkisi olmayan, çeşitli ruhsal ve fiziksel belirtilerle karakterize psikiyatrik rahatsızlıklardır. Bilinç, bellek, kimlik, duygu, algı, beden temsili, motor kontrol ve davranışın normal bütünlüğünde ayrışma ve/veya kesintilerin olması anlamlarına gelmekte ve özellikle çocukluk çağından itibaren yaşanan ruhsal travmalara karşı oluşan bir zihinsel süreç olarak tanımlanmaktadır (12). Yaygın belirtileri amnezi, trans, konfüzyon, paralizi, nöbetler, konuşamama, duyu kaybı, görsel bozukluklardır. Çalışmalarda psikiyatrik hasta popülasyonunda %12-13,8 oranında görüldüğü bildirilmektedir. %90'ı çocukluk çağında ihmal ya da istismar yaşantıları bildirmektedir (13).

Ruhsal travma hastalarında oluşan uyarılmışlık sebebiyle travma ile ilişkili gündüz yaşantılanan belirtilerin uykuda da sürüyor olabileceği ve kendini parasomni belirtisi ile ortaya koyabileceği düşünülebilir. Travmatik yaşantıları olan hastalardaki aşırı uyarılmışlık uyku bozukluğuna sebep olabilir ve bu hastalar psikiyatrik bir tanı almaksızın parasomni tanısı alabilirler.

Araştırmamızın hipotezi parasomni tanısı alan hastalarda, obstrüktif uyku apne sendrom (OUAS) tanısı alan hastalara göre ÇÇT'lere ve dissosiyatif belirtilere daha fazla rastlanacağı şeklindedir. Literatürde parasomni ile travmatik yaşantı ve dissosiyasyon ilişkisinin araştırıldığı sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmaktadır. Çalışmamızın amacı, parasomni tanılı hastalarda, çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve dissosiyatif belirtilerin varlığını araştırmak ve OUAS tanısı konmuş kontrol grubu ile karşılaştırarak literatüre katkı sağlamaktır.

Gereç ve Yöntemler

Çalışma gruplarının seğimi

Bu araştırma, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 2017/154 karar numarası ile onaylanmıştır. Araştırmaya İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Başkanlığı'na bağlı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uyku Bozuklukları Tanı ve Tedavi Merkezleri'nde tanısı konulmuş 38 parasomni ve kontrol grubu için 40 orta ve ağır şiddette OUAS tanılı hasta çalışmaya alınmıştır. Uyku bozuklukları dissosiyatif belirti görülebilen durumlardır. Çalışmamızdan elde edilecek sonuçların daha anlamlı yorumlanması açısından, kontrol grubu olarak özellikle başka bir uyku bozukluğu olan OUAS tanılı hastalar seğilmiştir. Hastalık şiddeti arttıkça görülebilen belirti artacağından apne-hipopne indeksi (AHI) 15 ve üzeri hastalar çalışmaya alınmıştır. Parasomni ve OUAS grupları, Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflandırması-3'e göre ayrıcı tanısı yapılarak, tanısı konulan hastalardan oluşmaktadır. Hasta ve kontrol grubu rastgele seğilerek dahil olma ve hariç tutma kriterleri göz önünde bulundurularak çalışmaya alınmışlardır. Katılımcıların yazılı onamları alınmıştır. Çalışmada öz bildirim ölçekleri kullanıldığı için çalışmaya katılanlarda okuryazar olma koşulu aranmıştır.

Araştırmaya dahil olma kriterleri: On sekiz-elli beş yaş aralığında olmak, okuryazar olmak, çalışmaya katılmayı kabul ederek onam vermiş olmak, parasomni tanısı almış olmak. Kontrol grubu için AHI: ≥ 15 OUAS tanısı almış olmak.

Araştırmadan hariç tutma kriterleri: Mentalretardasyon varlığı, demans varlığı, psikotik bozukluk varlığı, bipolar affektif bozukluk varlığı, organik beyin sendromu, alkol madde kullanım bozukluğu.

Veri Toplama Araçları (Parasomni ve OUAS Tanılı Hastalar İçin)

1. Sosyo-demografik veri formu: Araştırmamızdaki tüm katılımcılar için çalışmanın amaçları göz önünde bulundurularak tarafımızca hazırlanmış; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, çalışma durumu, fiziksel hastalık, ilaç, bitkisel ürün, takviye edici gıda vb. kullanımı, kişide psikiyatrik hastalık, psikiyatri ilacı kullanımı, ailede psikiyatrik hastalık, alkol madde kullanımı ile ilgili sosyo-demografik ve klinik bilgilerin değerlendirildiği bir veri formu kullanılmıştır.

2. Kullanılan ölçekler:

a. Dissosiyatif yaşantılar ölçeği (DYÖ-DES): Yirmi sekiz sorudan oluşan dissosiyatif yaşantıları taramada ve şiddetini ölçen öz bildirim ölçeği. Geçerlik ve güvenilirlik çalışması Zoroglu ve ark. (14) tarafından yapılmıştır.

b. Çocukluk çağı travmaları ölçeği (ÇÇTÖ-CTQ): Yirmi sekiz sorudan oluşan Bernstein ve ark. (15) tarafından geliştirilmiş, çocukluk çağı CİS, FIS, DİS ile DİH ve FİH'yi geriye dönük sorgulayan ölçektir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Şar ve ark. (16) tarafından yapılmıştır.

c. Beck depresyon ölçeği (BDÖ): Beck ve ark. (17) tarafından geliştirilmiştir. Yirmi bir sorudan oluşan depresyonda görülen vejetatif duygusal motivasyonel alanlarda ortaya çıkan belirtileri ölçmeye yarayan öz bildirim ölçeği. Türkçe formunun güvenilirliği Hisli (18) tarafından yapılmıştır (19).

d. Beck anksiyete ölçeği (BAÖ): Beck ve ark. (20) tarafından geliştirilmiş, 21 soruluk anksiyete belirtilerinin şiddetini ölçmeye yarayan öz bildirim ölçeğidir. Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliği Ulusoy ve ark. (21) tarafından yapılmıştır.

İstatistiksel Analiz

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS 22.0 İstatistik paket programı kullanıldı. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında Pearson ki-kare testi ve Fisher's Exact test, ikiden fazla sürekli değişkenin karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis analizi kullanıldı. İki grup arasındaki ölçek puanı farklarını incelemek için bağımsız örnekler (independent samples) t-testi kullanıldı. Sonuçlar %95 güven aralığında, $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

Bulgular

Yaşları 18 ile 55 arasında değişen, yaş ortalaması 27,50 ($\pm 9,822$) yıl, 21'i (%55,3) erkek 15'i non-REM (NREM), 23'ü REM toplam 38 parasomni hasta çalışmaya alındı. Tanı dağılımları Tablo 1'de gösterilmiştir. Kontrol grubunu yaş ortalaması 38,98 ($\pm 8,699$) yıl, 32'si (%80,0) erkek, 40 OUAS (AHI: ≥ 15) tanılı hasta oluşturdu. Yaş, cinsiyet, medeni, eğitim ve çalışma durumları açısından parasomni ve OUAS grupları arasında istatistiksel farklılık anlamlı bulundu ($p < 0,05$). Geçmişte/yeni psikiyatrik hastalık öyküsü parasomni grubunun 14'ünde (%36,8), OUAS grubunun 7'sinde (%17,5) mevcuttu. Parasomni grubunun 7'sinde (%18,4), (1 kişi lüzum halinde metilfenidat, diğerleri

antidepresan kullanıyordu); OUAS grubunun 4'ünde (%10,0) psikiyatrik ilaç kullanımı öyküsü vardı. Alkol kullanımı açısından parasomni ve OUAS grupları arasında anlamlı fark bulunmadı ($p = 0,252$). Parasomni ve OUAS gruplarında madde kullanan kimse yoktu. Sosyo-demografik veriler ve hastalık özellikleri Tablo 2'de yer almaktadır.

Parasomni grubunun 29'unda (%76,3) OUAS grubunun 18'inde (%45,0) ÇÇTÖ vardı ($p = 0,004$) (Tablo 3). Parasomni grubunda toplam ÇÇTÖ puanı ortalama 43,79 iken, OUAS grubunda 37,27 idi (Tablo 4). CİS parasomni grubunun 12'sinde (%31,6), OSAS grubunun 5'inde (%12,5), DİS parasomni grubunun 25'inde (%65,8), OUAS grubunun 11'inde (%27,5) vardı ve istatistiksel farklılık anlamlı idi ($p < 0,05$). FIS, DİH ve FİH açısından gruplar arasında istatistiksel farklılık anlamlı bulunmadı ($p > 0,05$). DYÖ açısından parasomni ve OSAS grupları arasında anlamlı fark bulunmadı ($p = 0,456$). BDÖ 17 puan ve üzeri kesme değeri olarak kabul edildiğinde, depresif belirtiler parasomni grubunun 18'inde (%47,4), OUAS grubunun 7'sinde (%17,5) vardı ($p = 0,005$). BAÖ açısından parasomni ve OUAS grupları arasında anlamlı fark bulunmadı ($p = 0,934$). Parasomni grubunda toplam ÇÇTÖ puanı ortalama 43,79 iken, OUAS grubunda 37,27 idi. Psikiyatrik ölçeklerin kesim puanına göre grupların dağılımı Tablo 3'te, ölçeklerin toplam puanına göre grupların dağılımı Tablo 4'te yer almaktadır. Travmanın minimizasyonu açısından parasomni ve OUAS grupları arasında anlamlı fark bulunmadı ($p = 0,553$).

Tartışma

Parasomni tanılı hastalarda, ÇÇT'nin nörobiyolojik etkileri bağlamında dissosiyatif belirtilerin varlığını araştırdığımız çalışmamızda; kontrol grubu OUAS'a göre, ÇÇTÖ ve depresif belirtiler açısından istatistiksel farklılık anlamlı bulundu. DYÖ ve anksiyete belirtileri açısından ise farklılık anlamlı olmamasına rağmen oranların yüksek olduğu gözlemlendi.

Sosyo-demografik veriler ve hastalık özellikleri açısından gruplar karşılaştırıldığında eğitim düzeyi, herhangi bir psikiyatri ilacı ve alkol kullanımı açısından gruplar arasında farklılık anlamlı bulunmadı ($p > 0,05$) (Tablo 2). Yaş, cinsiyet, medeni durum ve çalışma durumu açısından gruplar arasındaki farklılık anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$) (Tablo 2). Literatüre bakıldığında NREM parasomnileri, kadın erkek açısından belirgin cinsiyet farkının gözlenmediği, çocuklukta daha sık görülen ergenlikle azalan parasomnilerdir (22). REM parasomnilerden REM uykusu davranış bozukluğu, belirtilerinin başlangıç yaşı değişiklik gösterse de 50 yaş üzeri erkeklerde daha sık görülmekte (2); buna karşın kabus bozukluğu en sık 3-6 yaşlarda görülmekle birlikte, erişkinde sıklıkla kadınlarda görülmekte (1) ve İTUP ise daha çok 14-17 yaşlarında başlayıp kadın erkek cinsiyet farkı gözetmemektedir (22). İleri yaş erkek cinsiyet ve obezite ise OUAS'nin risk faktörleri olarak bildirilmektedir (23). Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak parasomni grubunun daha genç bir popülasyondan oluştuğu ve %44,7'sinin öğrenciliğe devam etmeleri nedeni ile çalışmadığı ve bekar oldukları tespit edildi.

		Frekans (n)	Yüzde (%)
Tanı	NREM	-	-
	UG	8	21,1
	UIYB	2	5,3
	UT	5	13,2
	REM	-	-
	RDB	9	23,7
	İTUP	5	13,2
	İTUP ve KB	6	15,8
	RDB ve KB	3	7,9
	Toplam	38	100,0

UG: Uyurgezerlik, UIYB: Uyku ile ilişkili yeme bozukluğu, UT: Uyku terörü, REM: Hızlı göz hareketleri, RDB: REM uykusu davranış bozukluğu, İTUP: İzole tekrarlayıcı uyku paralizisi, KB: Kabus bozukluğu

Tablo 2. Sosyo-demografik veriler ve hastalık özellikleri

		Parasomni grubu (n=38)		OUAS grubu (n=40)		p
		n	%	n	%	
Yaş		27,50 (±9,82)		38,98(±8,69)		p=0,000
Cinsiyet	Kadın	17	%44,7	8	%20,0	p=0,018
	Erkek	21	%55,3	32	%80,0	
Medeni durum	Evli	9	%23,7	31	%77,5	p=0,000
	Bekar	29	%76,3	9	%22,5	
Eğitim düzeyi	İlköğretim	4	%10,5	13	%32,5	p=0,054
	Lise	15	%39,5	10	%25,0	
	Üni. ve üstü	19	%50,0	17	%42,5	
Çalışma durumu	Çalışıyor	14	%36,8	32	%80,0	p=0,000
	Çalışmıyor	7	%18,4	7	%17,5	
	Öğrenci	17	%44,7	1	%2,5	
Kronik hastalık öyküsü	Yok	26	%68,4	29	%72,5	p=0,442
	Var	12	%31,6	11	%27,5	
Geçmişte/yeni psikiyatrik hastalık	Yok	24	%63,2	33	%82,5	p=0,047
	Var	14	%36,8	7	%17,5	
Herhangi bir psikiyatri ilacı kullanımı	Yok	31	%81,6	36	%90,0	p=0,229
	Var	7	%18,4	4	%10,0	
Ailede psikiyatrik hastalık	Yok	29	%76,3	38	%95,0	p=0,019
	Var	9	%23,7	2	%5,0	
Alkol kullanımı	Yok	28	%73,7	33	%82,5	p=0,252
	Sosyal içici	10	%26,3	7	%17,5	

OUAS: Obstrüktif uyku apne sendromu

Kronik hastalık öyküsü açısından (kardiyovasküler hastalıklar, hipertansiyon, diabetes mellitus, tiroid hastalıkları vb.) iki grup karşılaştırıldığında, anlamlı farklılık tespit edilememesine rağmen (p=0,442) parasomni grubunda %31,6, OUAS grubunda ise %27,5 oranında kronik hastalığın var olduğunun görülmesi öngörülmedik bir sonuç olarak karşımıza çıkmıştır. OUAS'nin hipertansiyon, koroner arter hastalıkları, miyokard enfarktüsü, konjestif kalp yetmezliği, KOAH, DM gibi pek çok kronik hastalıkla ilişkisi sıkça araştırılmıştır (24). OUAS'nin bölünmüş uyku, hipoksemi, hiperkapni, artmış sempatik aktivasyon şeklinde kendini gösteren, belirti bulgu ve sonuçları, üst hava yolunun tekrarlayan kollapsından kaynaklanan boğulmaların doğrudan bir sonucu şeklinde oluşmaktadır (25). Parasomnilerde de uyanmaların görüldüğü stabil olmayan uykular vardır (4,5). Buna göre, OUAS'nin uzun dönem sonuçları, temelde bölünmüş uykuların başlattığı patofizyolojik mekanizmalara bağlı oluşuyor ise, iki grup arasında kronik hastalık öyküsü açısından farklılığın ortaya çıkmaması benzer mekanizmalarla açıklanabilir. Diğer taraftan ÇÇT'nin psikiyatrik bozukluklar dışında, otoimmün hastalıklar, iskemik kalp hastalıkları, karaciğer hastalıkları, obezite, kanser vb. bedensel hastalıklar ile ilişkili olduğu da belirtilmektedir (12). Kronik hastalık öyküsünün parasomni grubunda da benzer oranlarda oluşu, uyku bölünmelerinden bağımsız olarak, ÇÇT'nin parasomni hastalarındaki doğrudan

nörobiyolojik etkilerine de bağlanabilir. Ancak bu konuda daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır. İleriki araştırmalar için, parasomni ve kronik hastalıklar ilişkisinin araştırılması önerilebilir. Yetişkinlerde parasomni ile psikiyatrik bozukluk arasındaki ilişkiye yönelik çalışmalar yetersiz olmakla birlikte; parasomnilerde psikotik özellikli olmayan depresyon, anksiyete ve bipolar bozukluk bildirilmektedir (26). Bununla beraber parasomniye nazaran OUAS grubunda depresyon ve anksiyete belirtileri ile ilgili çalışmalar daha fazla yapılmıştır. Rezaeitalab ve ark. (27) yaptıkları 178 olguluk çalışmada, OUAS tanılı hastaların %53,9 anksiyete, %46,1 depresif belirtilerin bulunduğunu bildirmekte ve hastalık şiddeti ile anksiyete belirtileri arasında ilişki bulunduğu belirtilmektedir. Çalışmamızda parasomni ve OUAS grupları BDÖ açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu gördü. BAÖ açısından karşılaştırıldığında ise anlamlı farklılık tespit edilmedi (Tablo 4). Ancak gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmasa da her iki grupta da hafif-orta düzeyde anksiyete belirtisi olduğu görüldü. Buna göre parasomni grubunda ortaya çıkan anksiyete ve depresif belirtilerin OUAS'dekine benzer mekanizmalar ile ortaya çıkıyor olabileceği yorumu yapılabilir. Çalışmamızda, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü açısından parasomni ve OUAS grupları arasında istatistiksel farklılık anlamlı bulunmuştur (p=0,019) (Tablo 2). Bu farklılık, psikiyatrik

Tablo 3. Ölçek kesim puanlarına göre grupların karşılaştırılması

n		Parasomni grubu (n=38)		OUAS grubu (n=40)		p
		%	n	%	n	
ÇÇTÖ	Travma yok	9	%23,7	22	%55,0	p=0,004
	Travma var	29	%76,3	18	%45,0	
Travmanın minimizasyonu	Yok	29	%76,3	29	%72,5	p=0,553
	1	5	%13,2	9	%22,5	
	2	3	%7,9	1	%2,5	
	3	1	%2,6	1	%2,5	
DYÖ	Yok	30	%78,9	33	%82,5	p=0,456
	Var	8	%21,1	7	%17,5	
BDÖ	<17	20	%52,6	33	%82,5	p=0,005
	>17	18	%47,4	7	%17,5	
BAÖ	(0-7)	10	%26,3	9	%22,5	p=0,934
	(8-15)	10	%26,3	12	%30,0	
	(16-25)	12	%31,6	14	%35,0	
	(26-63)	6	%15,8	5	%12,5	
Cinsel istismar	Yok	26	%68,4	35	%87,5	p=0,038
	Var	12	%31,6	5	%12,5	
Fiziksel istismar	Yok	26	%68,4	30	%75,0	p=0,347
	Var	12	%31,6	10	%25,0	
Duygusal istismar	Yok	13	%34,2	29	%72,5	p=0,001
	Var	25	%65,8	11	%27,5	
Duygusal ihmal	Yok	15	%39,5	23	%57,5	p=0,086
	Var	23	%60,5	17	%42,5	
Fiziksel ihmal	Yok	17	%44,7	25	%62,5	p=0,089
	Var	21	%55,3	15	%37,5	

ÇÇTÖ: Çocukluk çağı travma ölçeği, DYÖ: Dissosiyatif yaşantılar ölçeği, BAÖ: Beck anksiyete ölçeği, BDÖ: Beck depresyon ölçeği, OUAS: Obstrüktif uyku apne sendrom

Tablo 4. Ölçek toplam puanlarına göre grupların karşılaştırılması

	Parasomni grubu (n=38)		OUAS grubu (n=40)		t	p
	Ort	SS	Ort	SS		
ÇÇTÖ toplam puanı	43,790	13,423	37,270	10,253	2,416	0,018
Cinsel istismar	6,130	2,373	5,470	1,601	1,439	0,159
Fiziksel istismar	6,550	3,055	5,850	1,994	1,209	0,236
Duygusal istismar	9,160	4,309	7,170	3,366	2,271	0,026
Duygusal ihmal	13,450	5,161	11,620	4,678	1,636	0,106
Fiziksel ihmal	8,680	3,330	7,280	2,396	2,154	0,036
DYÖ toplam puanı	18,080	12,985	14,470	13,782	1,187	0,239
BDÖ	16,740	10,205	10,120	7,261	3,310	0,002
BAÖ	16,610	11,929	15,900	11,334	0,268	0,790

DYÖ: Dissosiyatif yaşantılar ölçeği, BDÖ: Beck depresyon ölçeği, BAÖ: Beck anksiyete ölçeği, SS: Standart sapma, OUAS: Obstrüktif uyku apne sendrom, ÇÇTÖ: Çocukluk çağı travma ölçeği

hastalık öyküsü olan bir aile ortamında büyümenin ÇÇT'ye maruz kalma riskini artırması ve ÇÇT ile ilişkili patolojilerin ortaya çıkma ihtimalinin artmış olmasıyla açıklanabilir. Bu da parasomni ve ÇÇT ilişkisini destekler bir bulgu olarak önemlidir. Ebeveynin bir yandan kendi sağlık sorunlarıyla başa çıkmaya çalışırken bir yandan çocuğa uygun ve yeterli bakım ve ilgiyi vermesi zorlaşmaktadır. Başta maternal depresyon olmak üzere bu sorunlar sonucunda çocuğa karşı artmış iritabilite ve bağlanmada eksiklikler görülmektedir. Annenin psikiyatrik sorunlarının, duygu durum bozukluklarının sözel örselemeyi artırdığı, duygusal vericiliği, yakınlığı azalttığı bildirilmektedir (28,29). Hipotezimiz doğrultusunda parasomnilerin ÇÇT ile ilişkili olduğu düşünülürse, iki grup arasındaki anlamlı farklılığın bulunmasını önemli bir bulgu olarak kabul edebiliriz.

ÇÇT, birçok psikiyatrik hastalık oluşumu için risk etkeni olarak kabul edilmektedir (30). ÇÇT'ye maruz kalan erişkinlerde majör depresif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, anksiyete bozuklukları gibi pek çok hastalık normal kontrollere göre daha sık görülür (31). Dissosiyatif bozukluklara yol açan en önemli sebep olarak ise ÇÇT gösterilir (13). Literatürde psikiyatri alanında parasomni ile dissosiyatif bozukluk ve travmatik yaşantı ilişkisinin araştırıldığı sınırlı sayıda çalışmaya ulaşılmaktadır. Ülkemizde yakın zamanda Karataş ve ark. (26) yaptıkları çalışmada, 36 kişiden oluşan bir NREM parasomni grubunun %41,6'sında DYÖ puanlarının yüksek olduğu bulunmuş ve bu kişilerde %33,3 oranında dissosiyatif amnezi, %13,3 dissosiyatif füğ, %53,4 başka türlü adlandırılmayan dissosiyatif bozukluk tespit edilmiştir. Aynı çalışmada ÇÇT'nin parasomni ve dissosiyatif bozuklukla ilişkili olarak uyku kalitesini etkilediği sonucuna da ulaşılmıştır (26).

Çalışmamızda parasomni grubunda ÇÇTÖ yüksek olması yayınlara uyumludur (Tablo 3, 4). İki grup arasında ÇÇTÖ açısından anlamlı farklılığın bulunması hipotezimizi destekler niteliktedir. Ayrıca OUAS grubunda da travma düzeylerinin yüksek olduğu tespit edilmesi, daha çok üst hava yollarındaki patolojilerden, yani fiziksel sebeplerden kaynaklandığı bilinen bir bozuklukta ÇÇT'nin yüksek düzeylerde bulunması toplumumuzda travma maruziyetinin azımsanmayacak düzeylerde olabileceğini göstermesi açısından önemlidir.

CİS'nin yaygınlığı konusunda bildirilen oranlar büyük farklılıklar göstermektedir (kadınlar için %6-62, erkekler için %3-39). Gerçek yaygınlığın kadınlar için %12-17, erkekler için %5-8 olduğu düşünülmektedir (32). Turhan ve ark. (33) yaptıkları çalışmada, DİS %78 oranıyla diğer istismar türleri arasında ilk sırada yer aldığı görülmüştür. Zoroglu ve ark. (34) yaptıkları çalışmanın sonucunda da, ÇÇT içinde en sık ihmali bildirildiği, sonrasında duygusal, fiziksel, CİS'nin geldiği belirtilmiştir. Ülkemizde Örsel ve ark. (35) yaptıkları çalışmada, çocuk koruma birimine başvuran 215 olgunun %29,8'inde FİS, %21,4'ünde DİS %9,8'inde CİS saptanmış, olguların %39,5'ine ihmal tanısı konmuştur.

Çalışmamızda literatür ile uyumlu olarak, parasomni grubunda CİS'nin (%31,6) en düşük; DİS (%65,8) ve DİH'nin (%60,5) ise

en yüksek oranlarda olduğu görülmektedir. OUAS grubunda ise aynı şekilde CİS (%12,5) en düşük, DİH (%47,5) en yüksek oranlarda idi (Tablo 3). Parasomni grubunda CİS (p=0,038) ve DİS (p=0,001) alt ölçeklerinde kontrol grubuna göre istatistiksel olarak farklılık anlamlı bulundu; diğer alt ölçeklerde farklılık anlamlı değildi (Tablo 3).

Travmanın minimizeasyonu, travmanın inkarını göstermekte; ÇÇTÖ toplam puanını etkilememektedir (16). Çalışmamızda, parasomni grubunun %76,3'ü, OUAS grubunun ise %72,5'i benzer şekilde travmayı minimize etmiş olmaları, katılımcıların ölçeği travmayı yok saymadan, benzer şekilde yanıtladığını göstermektedir (Tablo 3). Bu durumu diğer alt ölçeklere de genelleyecek olursak çalışmamızın sonuçlarının güvenilirliği açısından oldukça değerlidir.

Çalışmamızda DYÖ açısından bakıldığında da, iki grup arasında anlamlı farklılık bulunmasa da parasomni grubunda %21,1 OUAS grubunda ise %17,5 oranında dissosiyatif belirtilerin varlığı görülmektedir (Tablo 3). Karataş ve ark.'nın (26) NREM örneklemeden oluşan çalışmasına göre bizim sonuçlarımızda DES'nin daha düşük oranda bulunması, NREM parasomnilerin REM parasomnilere göre daha fazla dissosiyasyon belirtileri gösteriyor olabileceği düşüncesini akla getirmektedir. Çünkü bizim parasomni grubumuz NREM ve REM parasomnilerden oluşmaktadır. Bu konuyu araştırmak üzere daha geniş örnekleme sahip NREM ve REM parasomni gruplarının karşılaştırıldığı ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Parasomni grubunda daha fazla ÇÇT olmasına rağmen dissosiyatif belirtilerin OUAS grubundan anlamlı farklılık göstermemesi, parasomni belirtilerinin dissosiyatif belirti olarak görülebilme olasılığını düşündürmektedir. Etkilenen ortak nörobiyolojik mekanizmalar düşünüldüğünde belki de travmatik yaşantıların türü ile de ilişkili olarak bazı hasta gruplarında dissosiyatif belirtilerden çok parasomni tablosu gelişmekte de olabilir. Bu bağlamda parasomnilerin, ÇÇT'nin etkileri aracılığıyla dissosiyatif bozuklukla ilişkili olabileceğini düşünmekteyiz. Çocukluk çağı travmasına sahip geniş örneklem gruplarında travma türü, dissosiyatif belirtiler ve parasomniler arasındaki ilişkinin araştırılması aydınlatıcı olabilir.

Çalışmamızın güçlü yanları: Parasomni grubunun psikiyatrik tanı alabildiği bilinen OUAS grubu ile karşılaştırılmış olması. Parasomni ve OUAS tanılarının bir uyku laboratuvarında PSG ile konmuş olması tanıların objektifliği açısından önemlidir. Ülkemizde PSG ile tanı konulmuş Parasomni ile kontrol grubu OUAS'nin karşılaştırıldığı objektif ilk çalışma özelliğindedir.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışmamızda başlıca kısıtlılık örneklem sayımızın NREM ile REM parasomnileri kendi içinde özellikle ÇÇTÖ ve DYÖ değerleri açısından değerlendirmemiz için yetersiz kalmış olmasıdır.

Sonuç

Çalışmamızda, kontrol grubuna göre ÇÇTÖ ve depresif belirtiler açısından anlamlı farklılık bulduk; ancak DES ve anksiyete

belirtileri açısından kontrol grubu ile anlamlı farklılık bulamadık. ÇÇTÖ alt ölçeklerinden ise CIS, DIS, alt ölçeklerinde kontrol grubuna göre anlamlı farklılık tespit ettik. Literatür verilerinin kısıtlılığı göz önünde bulundurulduğunda patofizyolojileri tam olarak netlik kazanmamış olan parasomnilerin oluşumunda ÇÇT'nin bir etken olabileceğini göstermesi açısından ve psikiyatrik tanı alabildiği bilinen OUAS ile karşılaştırılmasında elde ettiğimiz sonuçların önemli olduğunu düşünmekteyiz. Uyku bozuklukları birçok psikiyatrik soruna yol açabildiği gibi, psikiyatrik hastalıklarda uyku bozukluklarına neden olmaktadır. Bu sebeple uyku laboratuvarları ile psikiyatri iş birliği önemlidir.

Etik

Etik Kurul Onayı: Bu araştırma, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 2017/154 karar numarası ile onaylanmıştır.

Hasta Onayı: Katılımcıların yazılı onamları alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu ve editörler kurulu dışında olan kişiler tarafından değerlendirilmiştir.

Yazarlık Katkıları

Konsept: F.D., S.İ., S.E.T., Dizayn: F.D., S.İ., S.E.T., Veri Toplama veya İşleme: F.D., S.İ., S.E.T., Literatür Arama: F.D., S.İ., S.E.T., Yazan: F.D., S.İ., S.E.T.

Çıkar Çatışması: Yazarlar bu makale ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir.

Finansal Destek: Çalışmamız için hiçbir kurum ya da kişiden finansal destek alınmamıştır.

Kaynaklar

1. Tuncel D, Orhan F. Parasomniler: tanı, sınıflama ve klinik Özellikleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2009;1:280-97.
2. Matwiyoff G, Lee-Chiong T. Parasomnias: an overview. *Indian J Med Res* 2010;131:333-7.
3. Keskin N, Tamam L. Uyku bozuklukları: sınıflama ve tedavi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi* 2018;27:241-60.
4. Guilleminault C, Kirisoglu C, da Rosa AC, Lopes C, Chan A. Sleep walking, a disorder of NREM sleep instability. *Sleep Med* 2006;7:163-70.
5. Nevsimalova S, Prihodova I, Kemlink D, Lin L, Mignot E. REM behavior disorder (RBD) can be one of the first symptoms of childhood narcolepsy. *Sleep Med* 2007;8:784-6.
6. Yöyen EG. Childhood trauma and self-respect. *Int J Soc Sci Educ Res* 2017;3:67-282.
7. Kara B, Biçer Ü, Gökalp AS. Çocuk istismarı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2004;47:140-51.
8. Güler N, Uzun S, Boztaş Z, Aydoğan S. Anneleri tarafından çocuklara uygulanan duygusal ve fiziksel istismar/ihmal davranışı ve bunu etkileyen faktörler. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2002;24:128-34.
9. Gökler I. Çocuk istismarı ve ihmali: Erken dönem stresin nörobiyolojik gelişime etkisi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2002;9:47-57.
10. Penza KM, Heim C, Nemeroff CB. Neurobiological effects of childhood abuse: implications for the pathophysiology of depression and anxiety. *Arch Womens Ment Health* 2003;6:15-22.

11. Gast U, Rodewald F, Nickel V, Emrich HM. Prevalence of dissociative disorders among psychiatric inpatients in a German university clinic. *J Nerv Ment Dis* 2001;189:249-57.
12. Şar V. Travmatik Stres ve Bedensel Hastalıklar. *Türkiye Klinikleri Psychiatry-Special Topics* 2018;11:1-5.
13. Şar V. Çoğul Kişilik Kavramı ve Dissosiyatif Bozukluklar. *Psikiyatri Dünyası* 2000;4:7-11.
14. Zoroglu SS, Sar V, Tuzun U, Tutkun H, Savas HA. Reliability and validity of the Turkish version of the adolescent dissociative experiences scale. *Psychiatry Clin Neurosci* 2002;56:551-6.
15. Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M, Wenzel K, Sapareto E, Ruggiero J. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry* 1994;151:1132-6.
16. Şar V, Öztürk PE, İkikardeş E. Çocukluk çağı ruhsal travma ölçeğinin türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences* 2012;32:1054-63.
17. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:561-71.
18. Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin geçerliliği üzerine bir çalışma. *Turkish Journal of Psychology* 1988;6:118-22.
19. Hisli N. A reliability and validity study of Beck Depression Inventory in a university student sample. *J Psychol* 1989;7:3-13.
20. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988;56:893-7.
21. Ulusoy M, Şahin NH, Erkmen H. The beck anxiety inventory: psychometric properties. *J Cogn Psychother* 1998;12:163-72.
22. Öztura I. Parasomniler. *J Turk Sleep Med* 2016;3:15.
23. Marin JM, Carrizo SJ, Vicente E, Agusti AG. Long-term cardiovascular outcomes in men with obstructive sleep apnoea-hypopnoea with or without treatment with continuous positive airway pressure: an observational study. *Lancet* 2005;365:1046-53.
24. Karakoç Ö, Akçam T, Gerek M, Birkent H. Obstrüktif uyku apnesi ve kronik hastalıklar. *KBB-Forum*. 2008;7:15-20.
25. Levent S, Albayrak L, Sankaya P, Yolcu S. A diagnosis with increased awareness in emergency service: obstructive sleep apnea syndrome. *Bozok Tıp Dergisi* 2018;8:100-3.
26. Karataş K, Bilici M, Pelin Z. Parasomnia and dissociative disorders. *J Sleep Disord Ther* 2017;6:275.
27. Rezaeitalab F, Moharrari F, Saberi S, Asadpour H, Rezaeetalab F. The correlation of anxiety and depression with obstructive sleep apnea syndrome. *J Res Med Sci* 2014;19:205-10.
28. Trapolini T, Ungerer JA, McMahon CA. Maternal depression: relations with maternal caregiving representations and emotional availability during the preschool years. *Attach Hum Dev* 2008;10:73-90.
29. McDonald R, Jouriles EN, Ramisetty-Mikler S, Caetano R, Green CE. Estimating the number of American children living in partner-violent families. *J Fam Psychol* 2006;20:137-42.
30. Zanarini MC, Yong L, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Marino MF, Vujanovic AA. Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatients. *J Nerv Ment Dis* 2002;190:381-7.
31. Agid O, Shapira B, Zislin J, Ritsner M, Hanin B, Murad H, Troudart T, Bloch M, Heresco-Levy U, Lerer B. Environment and vulnerability to

- major psychiatric illness: a case control study of early parental loss in major depression, bipolar disorder and schizophrenia. *Mol Psychiatry* 1999;4:163-72.
32. Taner Y, Gökler B. Çocuk istismarı ve ihmali: Psikiyatrik yönleri. *ActaMedica* 2004;35:82-6.
33. Turhan E, Sangün Ö, İnandı T. Birinci basamakta çocuk istismarı ve önlenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2006;15:153-7.
34. Zoroglu SS, Tüzün Ü, şar V, Öztürk M, Kora EM, Alyanak B. Probable results of childhood abuse and neglect. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2001;2:69-78.
35. Örsel S, Karadağ H, Kahiloğullari AK, Aktaş EA. Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2011;12:130-6.