

# Obstrüktif Uyku Apne Sendromu Hastalarında Ruhsal Bozuklukların Dağılımı

## *Distribution of Psychiatric Disorders in Patients with Obstructive Sleep Apnea Syndrome*

Haluk Hıdıroğlu<sup>1</sup>, Evrim Özkorumak<sup>2</sup>, Ahmet Tiryaki<sup>3</sup>, İsmail Ak<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Uz.Dr., <sup>2</sup>Yrd.Doç.Dr., <sup>3</sup>Doç.Dr., <sup>4</sup>Prof.Dr., Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Trabzon

### ÖZET

**Amaç:** Obstrüktif Uyku Apne Sendromunun (OSAS) tıbbi durumlarla ilişkisi önemli oranda çalışılmışken, ruhsal sağlıklı ilişkisi yeterince irdelenmemiştir. Bu çalışmanın amacı, OSAS tanısı konulan hastalarda ruhsal bozuklukların dağılımını tespit etmek ve OSAS ile ilişkili çeşitli klinik özelliklerle nasıl bir dağılım gösterdiğini incelemektir. **Yöntem:** Polisomnografik değerlendirmeye göre OSAS tanısı alan 102 hasta çalışmanın örneklemini oluşturmuştur. Hastalar polisomnografi sonucuna göre ICSD-2 (The International Classification of Sleep Disorders) ölçütlerine göre sınıflandırılmıştır. Hastalara sırasıyla Montgomery Asberg Depresyon Derecelendirme Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri, Epworth Uykululuk Skalası uygulanmıştır. Ruhsal tanıları DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I) ile değerlendirilmiştir. **Bulgular:** Değerlendirilen 102 hastanın %19.6'sı (n=20) hafif, %29.4'ü (n=30) orta, %51.0'i (n=52) şiddetli OSAS hastasıdır. Hafif ve şiddetli OSAS olgularının VKİ ile olan ilişkisi istatistiksel olarak anlamlıdır (p= 0.010). Hastaların %31.4'ünde (n=32) SCID-I'e göre tek tanı, %22.5'inde (n=23) birden fazla tanı bulunurken %46.1'i (n=47) tanı almamıştır. **Sonuç:** Tespit edilen depresyon sıklığı OSAS'lı hastalarda depresyon oranlarının artmış olduğunu bildiren pek çok çalışmayla uyumludur. Bu çalışmada anksiyete bozukluğu sıklığı sağlıklı toplumdan yüksek, OSAS'lı hastalarda yapılan çalışmalarla karşılaştırıldığında benzer veya düşüktür. Bedensel hastalığı olanlarda ruhsal hastalıklar, morbidite ve mortaliteyi etkileyen önemli bir klinik sendromdur. Bu konuda farklı alt grupların karşılaştırılabilirlikleri ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Sözcükler:** OSAS, ruhsal hastalıklar, uyku.

(*Klinik Psikiyatri* 2012;15:18-25)

### SUMMARY

**Objectives:** The relationship of Obstructive Sleep Apnea Syndrome (OSAS) and other medical conditions has been studied widely while relationship between OSAS and mental health is not sufficiently investigated. The aim of this study is to determine distribution of mental disorders within clinical features of OSAS. **Method:** Patients with a diagnosis of OSAS according to polysomnography composed the sample of this study (n=102). The patients were classified according to ICSD-2 (The international Classification of Sleep Disorders). Montgomery Asberg Depression Rating Scale, Beck Depression Inventory, The Epworth Sleepiness Scale were administered respectively. Psychiatric diagnosis were made with the interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I). **Results:** Among 102 patients, 19.6% (n=20) was mild, 29.4% (n=30) was moderate, 51.0% (n=52) was severe form of OSAS. Relationship of mild-moderate OSAS with BMI was significant (p=0.010). %31.4 (n=32) of patients had one additional psychiatric diagnosis according to SCID-I, 22.5% (n=23) had more than one psychiatric diagnosis and 46.1% (n=47) did not have any. **Conclusion:** The detected depression rate was correlated with many studies which had reported higher depression rates in OSAS. In this study the rate of anxiety disorders was higher than healthy population while similar or lower than the rate estimated in studies with OSAS patients. Mental disorders in medical diseases are important clinical syndromes effecting morbidity and mortality. Regarding this issue, further studies which compare different subgroups is needed.

**Key Words:** OSAS, mental disorders, sleep.

## GİRİŞ

Obstrüktif uyku apne sendromu (OSAS), uyku sırasında tekrarlayan tam (apne) veya kısmi (hipopne) üst solunum yolları obstrüksiyon nöbetleri ve eşlik eden kan oksijen saturasyonunda azalma ile belirli bir sendromdur (ICSD-2 2005). OSAS, her iki cinste, tüm ırk, yaş, sosyoekonomik düzey ve etnik gruplarda görülebilen ve en sık karşılaşılan uyku bozukluklarından biridir. Türk toplumunda OSAS yaygınlığının %0.9-1.9 olduğu belirtilmektedir (Köktürk ve ark. 1997).

Genel toplum verileri ile karşılaştırıldığında OSAS hastalarında yüksek hastalık yükü mevcuttur (Sharafkhaneh ve ark. 2004, Lindberg ve ark. 1998, Partinen ve Guilleminault 1990, Smith ve ark. 2002). Tedavi edilmeyen OSAS kalp ve beyin damar hastalıklarına, metabolizma sorunlarına yol açabilmektedir. Kısa dönemde yaşam kalitesinde bozulma ve sık kaza geçirmeye neden olurken, uzun dönemde kalp damar ve sinir sistemi rahatsızlıklarına yol açar (Parkinson ve ark. 2002). OSAS'ın komplikasyonu olarak ortaya çıkan bu hastalıkların varlığı ruhsal hastalıklara da zemin hazırlamaktadır. OSAS halsizlik, yorgunluk, enerji eksikliği, dikkat sorunları, huzursuzluk ve kişilik değişikliklerine sebep olabilir (Greenberg ve ark. 1987, Kales ve ark. 1985, Brown 1994). OSAS'ın bazı belirtileri depresyon ve anksiyete belirtileri ile benzeşmektedir. OSAS'ın hipertansiyon ve obezite gibi tıbbi durumlarla ilişkisi literatürde önemli oranda yer alırken, ruh sağlığı ile ilişkisi yeterince irdelenmemiştir. Bu çalışmanın amacı, OSAS tanısı konulan hastaların psikiyatri gözü ile durum değerlendirmesini yaparak var olan ruhsal bozuklukların dağılımını tespit etmek ve ruhsal bozuklukların OSAS ile ilişkili çeşitli klinik özelliklerle nasıl bir dağılım gösterdiğini incelemektir.

## GEREÇ VE YÖNTEM

### Örneklem

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi uyku ünitesinde 15 Kasım 2009 ile 15 Kasım 2010 tarihleri arasında herhangi bir poliklinik tarafından uyku ünitesine yönlendirilen ve uyku ünitesinde yatan hastalar bu çalışmanın evrenini oluşturmaktadır. 15 Kasım 2009 ile 15

Kasım 2010 tarihleri arasında 441 hasta uyku ünitesine başvurmuş, bunlardan 20'si yatışa gelmemiş ya da gece polisomnografiyi yarım bırakarak gitmiştir. Polisomnografiyi tamamlayan 421 hastadan 60'ı (%14,25) narkolepsi, huzursuz bacak sendromu, periyodik bacak hareketleri gibi OSAS dışı tanılar almış, 47'sinde (%11.16) OSAS'a ek olarak OSAS dışı uyku bozukluğu saptanmış, 54'nün (%12.82) polisomnografi sonuçları normal olarak değerlendirilmiştir. Otuz dört hasta (%8.07) yaşlılık, iştme kaybı, mental kısıtlılık gibi nedenlerle sağlıklı iletişim kurulamadığı için çalışmadan dışlanmıştır. Geriye kalan 226 OSAS hastasının 120'si hastaların çalışmayı kabul etmemesi ve çalışma takvimi boyunca başvurmaması nedeniyle çalışmaya alınamamıştır. Polisomnografik değerlendirmeye göre OSAS tanısı alan ve dışlama ölçütlerini içermeyen 102 hasta çalışmaya alınarak çalışmanın örneklemini oluşturmuştur. Polisomnografiye göre OSAS dışı uyku bozukluğu tanısı konması, klinik değerlendirmeye uyum sağlamayacak zeka yetersizliği, psikotik belirtiler ve ağır fiziksel hastalık bulunması dışlama ölçütü olarak kabul edilmiştir. Çalışmaya alınan hastalar telefon ile aranarak çalışmaya katılımları için davet edilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar polisomnografi sonucuna göre ICSD-2 (The International Classification of Sleep Disorders) ölçütlerine göre hafif, orta ve ağır şiddetli olarak sınıflandırılmıştır.

Çalışmanın etik kurul onayı, 23.05.2011 tarih ve 2011/79 protokol no ile Trabzon Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı tarafından verilmiştir.

### Değerlendirme Araçları

*Polisomnografi:* Hastalar uyku laboratuvarında tek gece 32 kanallı poligraf (Alice Sleepware polysomnographic system) ile çalışılmıştır. Hastalar ilk gece polisomnografik uyku tetkiklerinde iki kanal elektroensefalografi (EEG), iki kanal elektrokülografi (EOG), submental elektromiyografi (EMG), oronasal hava akımı, toraks ve abdominal solunum hareketleri, horlama şiddeti, vücut pozisyonu, arteriyel oksihemoglobin saturasyonu, bacak hareketleri (EMG) ve nabız dakika sayısı kayıtları yapıldı. Uyku laboratuvarlarında EEG, EOG, kan oksijen doygunluğu, hava akımı, soluma eforu,

EKG, çene altından ve tibialis anterior kasından EMG kaydı alınarak yapılmaktadır (Susheel ve ark. 2007). Polisomnografide OSAS tanısı konabilmesi için uyku sırasında saat başına gelişen toplam apne ve hipopnelerin sayısı şeklinde tanımlanan apne-hipopne indeksi (apnea hypopnea index, AHI) değerinin en az 5 olması gerekmektedir (ICDS-2 2005). Bu çalışmada AHI değeri kullanılmıştır.

*Sosyodemografik Veri Formu:* Çalışmayı yürütenler tarafından hazırlanan form ile katılımcıların çeşitli sosyodemografik bilgileri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim gibi) ve klinik özellikleri kaydedilmiştir. Ayrıca hastaların vücut kitle indeksi (VKİ) hesaplanarak Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sınıflamasına göre normal, kilolu, obez ve morbid obez olarak sınıflandırılmıştır (WHO 1995, WHO 2000). Vücut kitle indeksi vücut ağırlığının (kg olarak) boy uzunluğunun karesine (m<sup>2</sup> olarak) bölünmesiyle elde edilen değerdir.

*DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, SCID-I):* SCID-I, yapılandırılmış bir klinik değerlendirme aracı ile DSM-III-R Eksen I bozukluklarının tanılarını koymak amacıyla 1987'de geliştirilmiştir (Gibbon 1987). Daha sonraları DSM-IV için güncellenmiştir (First ve ark. 1997). Bu çalışmada, DSM-IV için güncellenmiş sürümleri kullanılmıştır. Bu ölçek, tanısal değerlendirmenin standart bir biçimde uygulanmasını, böylece tanının daha güvenilir olmasını ve belirtilerin sistematik olarak araştırılmasını sağlamaktadır. Türkiye'de DSM-III-R ve DSM-IV için olan sürümlerinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır (Çorapçiođlu ve ark. 1999, Sorias ve ark. 1990). Polisomnografi sonuçlarına göre OSAS tanısı alan hastalara DSM-IV-TR ölçütlerine göre oluşturulmuş yapılandırılmış görüşme formu olan SCID-I uygulanmıştır.

*Montgomery Asberg Depresyon Derecelendirme Ölçeği (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, MADRS):* MADRS, ağırlıklı olarak depresyonun bilişsel ve emosyonel belirtilerini içermektedir. Ölçek görüşmecinin değerlendirdiği toplam 10 maddeden oluşmaktadır. Her bir maddeye 0 ile 6 arasında değişen puan verilmektedir. Toplam puanlaması 0 ile 60 arasında değişmektedir. Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Özer ve ark. (2001) tarafından yapılmıştır.

*Beck Depresyon Envanteri (BDE):* Depresyonun duygusal, bilişsel, somatik ve motivasyonel bileşenlerini ölçmek amacıyla Beck tarafından 1961'de geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeğidir. "0" ile "3" arasında derecelendirilen dördümlük likert tipinde cevaplanan 21 maddeden oluşmaktadır. Bu ölçekte en düşük 0, en yüksek 63 puan alınabilir. Ülkemizde üniversite öğrencileri için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hisli (1989) tarafından yapılmıştır, kesme puanının 17 olarak kabul edildiği bildirilmiştir (Hisli 1989). Bu ölçek hastanın kendisi tarafından doldurulmuştur.

*Epworth Uykululuk Skalası (EUS):* 1991 yılında M.W. Johns tarafından geliştirilmiştir. EUS dördümlük likert tipi bir ölçektir. 0, 1, 2, 3 şeklinde puanlanmakta ve yüksek puan uykululuğu göstermektedir. Uykululuđu niteliksel ve niceliksel olarak ölçülmesine yönelik olarak geliştirilen öz bildirim ölçekleri arasında, EUS diğer öz bildirim ölçeklerinden farklı olarak, uykululuğu günlük özel durumlar ve özel zaman dilimleri için değerlendirilmesinden öte, gündüz uykululuğuğunun genel düzeyinin ölçülmesini hedef alır (Johns 1991, Johns 1993). EUS'nin genel uykululuk düzeyini değerlendirmede geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu ve Türkiye'de uyku ve uyku bozukluklarıyla ilgili çalışmalarda kullanılabilir geçerli ve güvenilir bir test olduğu belirtilmiştir (Izci ve ark. 2007).

### İstatistiksel değerlendirme

Ölçümle elde edilen verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ile incelenmiştir. İki grup ölçümsel verilerinin karşılaştırılmasında normal dağılıma uyanlarda ANOVA testi (post hoc olarak Bonferroni testi), normal dağılıma uymayanlarda Kruskal Wallis testi (post hoc olarak Mann Whitney U testi) kullanılmıştır. Niteliksel verilerinin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmıştır. Ölçümle elde edilen verilerin aritmetik ortalaması standart sapma, sayımla elde edilen verilerin (%) olarak gösterilmiştir. Anlamlılık düzeyi  $p < 0.05$  olarak alınmıştır. Anlamlılık düzeyi çoklu karşılaştırmalarda (post hoc) ise "0.05/karşılaştırma sayısı" olarak alınmıştır.

### BULGULAR

Çalışmaya OSAS tanısı konmuş 102 hasta alın-

miştir. ICSD-2'e göre 102 hastanın %19.6'sı (n=20) hafif, %29.4'ü (n=30) orta, %51.0'i (n=52) şiddetli OSAS hastasıdır. Bu hastaların %43.1'i (n=44) kadın, %56.9'u (n=58) erkektir. Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması  $49.75 \pm 11.207$  yıldır. Hastaların %86.3'ü (n=88) evli, %13.8'i (n=14) bekar ya da boşanmıştır (Tablo 1). Eğitim düzeyi  $7.69 \pm 4.877$  yıldır. Hastaların kilo ortalaması  $91.15 \pm 16.78$  kg'dır. On dört hastanın (%13.7) alkol kullanımı varken 30 hastanın (%29.4) sigara kullanımı vardı. Uyuşturucu kullanan ya da kullanma öyküsü olan hasta yoktu.

Çalışmaya katılan hastaların %28.4'ünün (n=29) hiçbir bedensel hastalığı yok iken %36.3'ü (n=37) hipertansiyon (HT), %8.8'i (n=9) diabetes mellitus, %4.9'u (n=5) HT dışındaki diğer kalp hastalıkları, %6.9'u (n=7) kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve %14.7'sinde (n=15) çeşitli bedensel hastalıklar vardı. %57.8'inin (n=59) daha önce psikiyatri başvurusu varken, %42.2'sinin (n=43) psikiyatri başvurusu yoktu.

Vücut kitle indeksine göre hastaların %5.9'u (n=6) normal kilodayken %30.4'ü (n=31) kilolu, %54.9'u (n=56) obez, %8.8'i (n=9) morbid obezdi. Epworth uykululuk skalasına göre %44.1'i (n=45) 10'dan düşük puan alırken %55.9'u (n=57) 10'dan yüksek puan almıştır. Epworth toplam puanı şiddetli OSAS hastalarında anlamlı yüksektir ( $p=0.002$ ). VKİ'e göre normal kiloda olan hastaların %37.8'i (n=14) hafif, %29.7'si (n=11) orta ve %32.4'ü (n=12) şiddetli OSAS olarak değerlendirilmiştir. Obez hastaların ise %9.2'si (n=6) hafif, %29.2'si (n=19) orta ve %61.5'i (n=40) şiddetli OSAS olarak değerlendirildi. Hafif ve şiddetli OSAS olgularının VKİ ile olan ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı iken ( $p=0.010$ ) diğer gruplar arasında anlamlı bir ilişki yoktu. Hastaların OSAS şiddetini ve yaşları incelendiğinde şiddetli OSAS hastalarının yaş ortalaması hafif şiddetteki OSAS hastalarından anlamlı daha yüksek olduğu bulunmuştur ( $p=0.052$ ).

Hastaların %31.4'ünde (n=32) SCID-I'e göre tek tanı, %22.5'inde (n=23) birden fazla tanı bulunurken %46.1'ine (n=47) hiçbir tanı konmamıştır. Hastaların SCID-I'e göre %31.4'ü (n=32) depresif bozukluk, %18.6'sı (n=19) yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) tanıları konmuştur. Bu hastaların %9.8'inde (n=10) YAB birincil tanı iken,

**Tablo 1.** Çalışma grubunun cinsiyet, medeni durum, mesleklere göre dağılımı (n = 102)

	n	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	44	43.1
Erkek	58	56.9
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	88	86.3
Bekar\boşanmış	14	13.8
<b>Meslek</b>		
Ev Kadını	31	30.4
Memur	25	24.5
Serbest meslek	24	23.5
İşçi	10	9.8
Emekli	10	9.8
İşsiz	1	1.0
Öğrenci	1	1.0

%8.8'inde (n=9) YAB depresyon ya da diğer anksiyete bozukluklarına eştanı olarak bulunmaktaydı. Hastaların %11.8'i (n=12) obsesif kompulsif bozukluk (OKB) tanısı konmuşken bunların %4.9'u (n=5) ilk tanı, %6.8'i (n=7) başka ruhsal hastalıklara eştanı olarak bulunmaktaydı. Hastaların %7.8'i (n=8) panik bozukluk tanısı konmuştur. Panik bozukluk tanısı alan hastaların %4'ünde (n=5) birincil tanı panik bozuklukken %2.9'unda (n=3) panik bozukluk eştanı olarak değerlendirildi. Hastaların %5.8'i (n=6) özgül fobi, %2'si (n=2) sosyal fobi ve %2'si (n=2) posttravmatik stres bozukluğu tanısı almıştır. Tüm örnekleme BDI ve MADRS toplam puanları sırasıyla  $5.49 \pm 9.05$  ve  $5.82 \pm 9.40$ 'tır.

## TARTIŞMA

Bu çalışmada; bir üniversite hastanesi uyku ünitesinde OSAS tanısı konulan hastalarda ruhsal bozuklukların dağılımı incelenmiştir. Bu değerlendirme sonucunda OSAS hastalarında en sık olarak depresyon ve anksiyete bozuklukları tespit edilmiştir.

**Tablo 2.** Çalışma grubunun EUÖ, OSAS şiddet, VKİ derecesine göre dağılımı (n =102)

%	n	
<b>EUÖ</b>		
%55,9	57	10'dan fazla
%44,1	45	10'dan az
<b>OSAS Şiddet</b>		
%19,6	20	Hafif
%29,4	30	Orta
%51,0	52	Şiddetli
<b>VKİ</b>		
%5,9	6	Normal
%30,4	31	Kilolu
%54,9	56	Obez
%8,8	9	Morbid obez

n=sayı %: yüzde

OSAS, uyku sırasında tekrarlayan üst solunum yolu obstrüksiyonu ile beraber hipoksemi ve uyku bölünmelerine yol açan bir bozukluktur (Kjelsberg ve ark. 2005). Ruhsal bir çok durum OSAS'la ilişkili belirtilerle örtüşmektedir (Krieger ve ark. 2002). OSAS için birçok risk etmeni vardır. En önemlileri obezite, cinsiyet, yaş ve orofarengeal anatomidir. Erişkin hastalarda erkek hakimiyeti mevcuttur. Bu çalışmada erkek hastaların sayısı kadınlardan fazladır. En önemli risk etmenlerinden biri obezitedir (Jaffe ve ark. 2006). Bu çalışmada da hastaların çoğunluğunu obez ve morbid obez hastalar oluşturmaktadır.

Uyku sorunları depresyonun önemli bir belirtisi olmasının yansira, kronikleşen uyku bozukluğu da depresyona neden olabilmektedir. Depresyon, OSAS'ın gündüz sekellerinden biri olarak sıklıkla bildirilirken OSAS hastalarında depresyon oranlarının artmış olduğunu gösteren bir çok çalışma vardır (Young ve ark. 1993, Day ve ark. 1999, Bassiri ve ark. 2000). OSAS'da depresyon görülme sıklığının %40 ile %60 gibi genel toplumdaki oldukça yüksek olduğunu belirten çalışmaların yanında %8 gibi daha düşük oranların bildirildiği çalışmalar da vardır (Quereshi ve Ballard 2003). Bu çalışmada OSAS'lı hastalarda depresyon görülme

sıklığı %31,4'dür. Bu oran Aloia ve ark.'nın yaptıkları çalışma bulguları ile desteklenmektedir (Aloia ve ark. 2005). Farklı ülkelerdeki yaşam boyu major depresyon yaygınlığı %1,5-19 arasında değişmektedir (Blazer ve ark. 1994, Weissman ve ark. 1996). Ülkemizde depresyon yaygınlığı diğer ülkelere benzer oranlarda %8-20 bulunmuştur. Bir yıllık yaygınlık kadınlarda %8, erkeklerde %3'tür (Weissman ve ark. 1996). Çalışmamızda depresyon sıklığının %31,4 olarak bulunması beklenen değerlerin üstündedir. Bu sonuçlar OSAS hastalarında depresyon oranlarının artmış olduğunu bildiren pek çok çalışmayla uyumludur (Sharafkhaneh ve ark. 2004, Partinen ve Guilleminault 1990, Smith ve ark. 2002, Parkinson ve ark. 2002).

OSAS'da anksiyete belirtileri depresyondan daha az çalışılmasına rağmen nadir değildir. Literatürde anksiyete belirtilerinin şiddeti ve OSAS'la olan ilişkisi konusunda farklı sonuçlar vardır. Bir kısım çalışmalar anksiyete belirtilerinin OSAS'ta var olduğu ve dikkat edilmesi gereken bir durum olarak değerlendirirken (Weissman ve ark. 1996), bir kısım çalışmalar ise anksiyete belirtilerinin var olduğunu fakat CPAP ile anksiyete belirtilerinde gerileme mevcutsa dikkate alınmaması gerektiğini vurgular (Borak ve ark. 1994, Sanchez ve ark. 2001). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise OSAS'lı hastalarda anksiyete belirtisi şiddetinin sağlıklı denetimlerden düşük olduğunu bildirilirken, OSAS ile anksiyete belirtileri arasında bir ilişki tespit etmeyen çalışmalarda mevcuttur (Fidan ve ark. 2006, Bardwell ve ark. 1999). Bu çalışmada hastaların %48'i (n=49) anksiyete bozukluğu spektrumunda değerlendirilmiştir. Epidemiyolojik Saha Toplama (ECA) çalışması Münih'te anksiyete bozuklukları için 1 aylık yaygınlığı %7,3 olarak bildirmiştir (Wittchen 1986). OSAS'lı hastalarda anksiyete belirtilerini değerlendiren çalışmalardan birinde %16 iken bir diğerinde %50 oranında anksiyete belirtileri tespit edilmiştir (Sforza ve ark. 2002, Doherty ve ark. 2003). Bu çalışmada anksiyete bozukluğu sıklığı sağlıklı toplumdaki yüksek, OSAS'lı hastalarda yapılan bazı çalışmalardan yüksek bazılarında düşüktür (Sforza ve ark. 2002, Doherty ve ark. 2003, Flint 1994).

Anksiyete belirtileri ve OSAS arasında ilişkiyi gösteren çalışmaların yanında anksiyete belirtilerinin OSAS'dan çok uykusuzluğa bağlayan çalış-

malarda mevcuttur (Pillar ve Lavie 1998). Benzer bir sonuç Pillar ve Lavie (1998) tarafından tespit edilmiştir. Çalışmamızda AHİ <30 ve AHİ >30 olan iki grup karşılaştırıldığında depresyon sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu bulgu Pillar ve Lavie (1998) çalışmasıyla uyumludur (Pillar ve Lavie 1998). Sforza ve ark.'nın yaptıkları çalışmada AHİ ile depresyon şiddeti arasında ilişki bulunmamıştır (Sforza ve ark. 2002).

Obezite, OSAS gelişimi için en güçlü risk etmenidir ve vücut ağırlığındaki 10%'luk bir artışın hafiften ciddiye OSAS görece gelişme riskini altı kat artırdığını gösteren çalışmalar mevcuttur (Kripke ve ark. 1997, Wilhoit ve Surat 1987). Bu çalışmada OSAS şiddeti ve VKİ arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanırken, obez ve morbid obez hastalarda OSAS şiddetinin diğer hastalara oranla yüksek olduğu bulunmuştur.

Çalışmamızda 43 hastanın (%42.2) daha önceden psikiyatri bölümüne başvuru ve tedavi hikayesi vardı. Bu sonuç OSAS hastalarının psikiyatri bölümüne başvuru oranının oldukça yüksek olduğunu göstermektedir. Psikiyatri bölümüne başvuran hastaların vermiş oldukları öyküden çoğunun şikayetlerinin devam ettiği ve gördükleri ruhsal tedaviden yeteri kadar fayda görmedikleri bildirilmiştir. Bu durum depresyonun OSAS'ın büyük bir epifenomeni (ikincil klinik durum) olduğu bakış açısını, ilişkinin tıbbi bir bozukluğa ikincil bir durum olabileceği görüşünü destekler gözükmektedir (Reynolds ve ark. 1984).

Bedensel hastalığı olanlarda depresyon, hastalık yükü ve ölüm oranlarını etkileyen önemli bir klinik sendromdur. Bu kişilerde depresyon çok sık gözlenmesine rağmen, tanı ve tedavisi çoğu kez gözden kaçmaktadır. Bunun en sık nedeni bedensel hastalığa bağlı ortaya çıkan belirtiler ile depresyon belirtilerinin örtüşmesidir. Özellikle somatik belirtilerin, yakınmaların büyük bir kısmını oluşturması alttaki depresyonun atlanmasını kolaylaştırır (Sertöz ve Mete 2004). Tüm bu bilgilerden ve yapılan tartışmalardan bedensel hastalığı olan, özellikle OSAS gibi somatik yakınmaların belirgin olduğu hastalıklarda ruhsal tanı koymak güç olmakla birlikte mevcut bir ruhsal rahatsızlığın atlanma ihtimali de yüksek gözükmektedir. Bu

nedenle psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların uyku düzeni dikkatlice sorgulanmalı, gerekirse yakınlarıyla da görüşülmelidir. Özellikle kilolu hastaların, horlama şikayeti olan hastaların OSAS açısından sorgulanması önem taşımaktadır. Böylece depresyon ve anksiyete bozukluklarının çekirdek belirtilerini taşımayan, dikkat bozukluğu, halsizlik, sinirlilik, uykululuk, iş hayatında sorunlar yaşama gibi şikayetleri olan hastaların doğru tanı ve tedavi alması sağlanabilir. Hastanın doğru bir tanı ve tedavi alması bedensel hastalığı ile ilgili tedaviye uyumunu da artıracaktır. OSAS hastalarının doğru değerlendirilmesi ve zamanında doğru tedavi alması hem sosyal, mesleki işlevselliklerinin düzelmesi, hem de uzun süre yeterli fayda göremeyecekleri bir ruhsal tedavi kullanımını engelleyecektir.

Çalışma sonuçlarını ruhsal hastalık yükünü ölçmede kullanılan araçlar etkileyebilir. Bu çalışmada hastalara SCID-I uygulanmıştır. SCID-I, DSM-IV eksen I bozuklukların tanılarını koyabilmek için geliştirilmiş yapılandırılmış bir klinik değerlendirme aracıdır (First ve ark. 1997). Bedensel hastalığı olanlar da DSM-IV ölçütleri bazı araştırmacılar tarafından eleştirilmekte ve halsizlik, uykusuzluk, iştahsızlık gibi belirtilerin değiştirilmesi önerilmektedir. Çalışmaya katılan hastaların %42.2 oranında daha önceden psikiyatriye başvuru ve tedavi aldıkları öğrenilmiştir. Fakat hastaların çoğu aldıkları tanıyı ve tedaviyi bilmemektedir. Yeterli kayıt sisteminin olmaması hastaların tıbbi geçmişini yeteri kadar öğrenememize neden olmaktadır. Bu durum tanı kargaşasına neden olmakta ve hastaların etkin tedavi almasına engel olmaktadır. Bu durum çalışma açısından bir eksiklik olarak gözükmektedir.

Sonuç olarak OSAS'ın belirti ve bulgularını tanımak önemlidir. Altta yatan uyku bozukluğunu tanımak ve tedavi etmek ruhsal belirtilerin denetimini sağlayacaktır. Bu konuda daha büyük bir örneklemde, farklı alt grupların karşılaştırılabildikleri ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Yazışma adresi: Dr. Evrim Özkorumak, Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Trabzon, evrimozkorumak@yahoo.com

## KAYNAKLAR

- Aloia M, Arnedt JT, Smith L ve ark. (2005) Examining the construct of depression in obstructive sleep apnea syndrome. *Sleep Med*, 6:115-121.
- Bardwell WA, Berry CC, Ancoli-Israel S ve ark. (1999) Psychological correlates of sleep apnea. *J Psychosom Res*, 47:584-596.
- Bassiri AG, Guilleminault C (2000) Clinical features and evaluation of obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome. Principles and practice of sleep medicine. MH Kryger, T Roth, WC Dement (Ed), 3. Baskı, Philadelphia, WB. Saunders, s.869-878.
- Izci B, Ardıç S, Fırat H ve ark. (2007) Reliability and validity studies of the Turkish version of the Epworth Sleepiness Scale. *Sleep Breath*, 12:161-168.
- Blazer DG, Kessler RC, McGonagle KA ve ark. (1994) The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: The national comorbidity survey. *Am J Psychiatry*, 151:979-986.
- Borak J, Cieslicki, J, Szelenberger W ve ark. (1994) Psychopathological characteristics of the consequences of obstructive sleep apnea prior to and three months after CPAP. *Psychiatria Polska*, 28: 33-44.
- Brown LK (1994) Sleep apnea syndromes: overview and diagnostic approach, *Mt Sinai J Med*, 61:99-112.
- Çorapçıoğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M ve ark. (1999) DSM-IV Eksen I Bozuklukları (SCID-I) için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Klinik Versiyonu. Hekimler Yayın Birliđi, Ankara.
- Day R, Gerhardstein R, Lumley A ve ark. (1999) The behavioral morbidity of obstructive sleep apnea. *Prog Cardiovasc Dis*, 41: 341-354.
- Doherty LS, Kiely JL, Lawless G ve ark. (2003) Impact of nasal continuous positive airway pressure therapy on the quality of life of bed partners of patients with obstructive sleep apnea syndrome. *Chest*, 124:2209-2214.
- Gibbon M (1987) Structured Clinical Interview for DSM-III-R Axis I Disorders (SCID-I). Washington DC, American Psychiatric Press Inc.
- Greenberg GD, Watson RK, Deptula D (1987) Neuropsychological dysfunction in sleep apnea. *Sleep*, 10:254-262.
- Fidan F, Ünlü M, Sezer M ve ark. (2006) Obstrüktif uyku apne sendromu ile anksiyete ve depresyon arasındaki ilişki. *Toraks Dergisi*, 7:125-129.
- Flint AJ (1994) Epidemiology and comorbidity of anxiety disorders in the elderly. *Am J Psychiatry*, 151: 640-649.
- First MB, Spitzer RL, Gibbon M (1997) Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) Clinical Version. Washington DC, American Psychiatric Press Inc.
- Hisli N (1989) Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliđi, güvenilirliđi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 7:3-13.
- Jaffe F, Markov D, Doghram K (2006) Sleep-disordered breathing in depression and schizophrenia. *Psychiatry (Edgment)*, 3:62-68.
- Johns MW (1991) A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. *Sleep*, 14:540-545.
- Johns MW (1993) Daytime sleepiness, snoring, and obstructive sleep apnea. The epworth sleepiness scale. *Chest*, 103:30-36.
- Kales A, Caldwell AB, Cadieux RJ ve ark. (1985) Severe obstructive sleep apnea-II: associated psychopathology and psychosocial consequences. *J Chronic Dis*, 38:427-434.
- Kjelsberg FN, Ruud EA, Stavem K (2005) Predictors of symptoms of anxiety and depression in obstructive sleep apnea. *Sleep Med*, 6:341-346.
- Köktürk O, Tatlıcıoğlu T, Kemalođlu Y ve ark. (1997) Habitüel horlaması olan olgularda obstrüktif sleep apne sendromu prevalansı. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 45:7-11.
- Krieger J, McNicholas WT, Levy P ve ark. (2002) Public health and medicolegal implications of sleep apnea. *Eur Respir J*, 20:1594-1609.
- Kripke DF, Ancoli IS, Klauber MR ve ark. (1997) Prevalence of sleepdisordered breathing in ages 40-64 years: a population-based survey. *Sleep*, 20:65-76.
- Lindberg E, Janson C, Svardsudd K ve ark. (1998) Increased mortality among sleepy snorers: a prospective population based study. *Thorax*, 53: 631-637.
- Özer S, Demir B, Tuđal Ö ve ark. (2001) Montgomery asberg depresyon değerlendirme ölçeği: Deđerlendiriciler arası güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Derg*, 12:185-194.
- Parkinson RB, Hopkins RO, Cleavinger HB ve ark. (2002) White matter hyperintensities and neuropsychological outcome following carbon monoxide poisoning. *Neurology*, 58:1525-1532.
- Partinen M, Guilleminault C (1990) Daytime sleepiness and vascular morbidity at seven-year follow-up in obstructive sleep apnea patients. *Chest*, 97:27-32.
- Pillar G, Lavie P (1998) Psychiatric symptoms in sleep apnea syndrome: effects of gender and respiratory disturbance index. *Chest*, 114:697-703.
- Reynolds CF, Kupfer DJ, McEachran AB ve ark. (1984) Depressive psychopathology in male sleep apneics. *J Clin Psychiatry*, 45:287-290.
- Sanchez AI, Buela-Casal G, Bermudez MP ve ark. (2001) The effects of continuous positive air pressure treatment on anxiety and depression levels in apnea patients. *Psychiatry Clin Neurosci*, 55:641-646.
- Sertöz ÖÖ, Mete HE (2004) Bedensel hastalıklarda depresyon. *Klinik Psikiyatri*, Ek 2: 639.
- Sforza E, De Saint Hilaire Z, Pelissolo A ve ark. (2002) Personality, anxiety and mood traits inpatients with sleep-related breathing disorders: effect of reduced daytime alertness. *Sleep Med*, 3:139-145.
- Sharafkhaneh A, Richardson P, Hirshkowitz M (2004) Sleep apnea in a high risk population: a study of veterans health administration beneficiaries. *Sleep Med*, 5:345-550.
- Smith R, Ronald J, Delaive K ve ark. (2002) What are obstructive sleep apnea patients being treated for prior to this diagnosis? *Chest*, 121:164-172.

Sorias S, Saygılı R, Elbi H (1990) DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşme Türkçe Versiyonu (SCID-I). Ege Üniversitesi Basımevi, Bornova.

Susheel PP, Hartmut S, Alan R ve ark. (2007) Adult obstructive sleep apnea pathophysiology and diagnosis. *Chest*, 132: 325-337.

Quereshi A, Ballard RD (2003) Obstructive sleep apnea. *J Allergy Clin Immunol*, 112:643-651.

Weissman MM, Bland RC, Canino GJ ve ark. (1996) Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA*, 276:293-299.

WHO (1995) Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Consultation. WHO Technical Report Series Number 854. Geneva, World Health Organization.

WHO (2000) Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report on a WHO Consultation on Obesity, Geneva, 3-5 June, 1997. WHO/NUT/NCD/98.1. Technical Report Series Number 894. Geneva: World Health Organization.

Wilhoit SC, Suratt PM (1987) Obstructive sleep apnea in premenopausal women. A comparison with men and with postmenopausal women. *Chest*, 91:654-658.

Wittchen HU (1986) Natural Course and Spontaneous Remissions of Untreated Anxiety Disorders: Results of the Munich Follow-up Study (MFS). *Panics and Phobias*. 2. Cilt, Berlin, Germany: Springer Verlag.

Young T, Palta M, Dempsey J ve ark. (1993) The occurrence of sleep-disordered breathing among middle-aged adults. *N Engl J Med*, 328:1230-1235.