57 | GUY LESCHZINER Beynin Gece Hayatı

GUY LESCHZINER

Beynin Gece Hayatı

KÂBUSLAR, SİNİRBİLİM VE UYKUNUN GİZLİ DÜNYASI



metis bilim | 57

GUY LESCHZINER

Beynin Gece Hayatı

Nörolog Guy Leschziner 1975 yılında Londra'da doğdu. Çocukluğunun ilk yıllarını Batı Almanya'da geçirdi, daha sonra ailesiyle birlikte İngiltere'ye döndü. Tıp öğrenimini Oxford Üniversitesi bünyesindeki Magdalen Üniversitesi'nde ve Imperial College'da tamamladı. Doktorasını Imperial College'da ve Wellcome Sanger Enstitüsü'nde epilepsinin genetiği ve ilaç yönetimi üzerine yaptı. Nöroloji eğitimini tamamladıktan sonra epilepsi ve uyku tıbbı alanlarında uzmanlaşan Leschziner, 2010 yılında Guy's ve St. Thomas hastanelerinde çalışmaya başladı. Narkolepsi, epilepsi, uyurgezerlik ve huzursuz bacak sendromu gibi alanlardaki araştırmalarının yanı sıra nöbetler, Alzheimer ve Parkinson hastalıkları ve uyku bozuklukları konusunda da çalışmalar yürütüyor. 2019 yılında Kraliyet Tıp Cemiyeti'nin Ellison-Cliffe Madalyası'na layık görülen Leschziner, aynı yıl ilk kitabı *Beynin Gece Hayatı*'nı, 2022'de ise ikinci kitabı *Sözcükleri Tadan Adam*'ı yayımladı (Metis, 2023). Halen Guy's ve St. Thomas hastanelerinin Nöroloji Bölümü'nde ve Uyku Bozuklukları Merkezi'nde çalışan Leschziner, bunun yanı sıra King's College'ın Psikiyatri, Psikoloji ve Sinirbilim Enstitüsü'nde nöroloji ve uyku tıbbı profesörü olarak ders veriyor.

Metis Yayınları
İpek Sokak 5, 34433 Beyoğlu, İstanbul
e-posta: info@metiskitap.com
www.metiskitap.com
Yayınevi Sertifika No: 43544

Beynin Gece Hayatı
Kâbuslar, Sinirbilim
ve Uykunun Gizli Dünyası
Guy Leschziner

İngilizce Basımı:
The Nocturnal Brain
Nightmares, Neuroscience and the
Secret World of Sleep
Simon & Schuster, 2019

© Guy Leschziner, 2019
© Metis Yayınları, 2024
Çeviri Eser © Zeynep Arık Tozar, 2024

İlk Basım: Haziran 2024

Yayıma Hazırlayan: Özde Duygu Gürkan

Kapak Resmi: Henri Rousseau,
"Uyuyan Çingene", 1897.

Kapak Tasarımı: Emine Bora

Dizgi ve Baskı Öncesi Hazırlık: Metis Yayıncılık Ltd.
Baskı ve Cilt: Yaylacık Matbaacılık Ltd.
Fatih Sanayi Sitesi No. 12/197 Topkapı, İstanbul
Matbaa Sertifika No: 44865

ISBN-13: 978-605-316-323-7

Eserin bütünüyle ya da kısmen fotokopisinin çekilmesi, mekanik ya da elektronik araçlarla çoğaltılması, kopyalanarak internette ya da herhangi bir veri saklama cihazında bulundurulması, 5846 Sayılı Fikir ve Sanat Eserleri Kanunu'nun hükümlerine aykırıdır ve hak sahiplerinin maddi ve manevi haklarının çiğnenmesi anlamına geldiği için suç oluşturmaktadır.

GUY LESCHZINER

Beynin Gece Hayatı

KÂBUSLAR, SİNİRBİLİM VE UYKUNUN GİZLİ DÜNYASI

Çeviren: Zeynep Arık Tozar

metis

Ava, Maya ve Kavita'ya.

Ve hep doktor olmayı istemiş ama tarihin
cilvesi yüzünden olamamış
Heinz'a.

İçindekiler

	Giriş	11
1.	Greenwich Saati	25
2.	Gecenin Sessizliğinde	45
3.	Disney'nin Sezgisi	65
4.	Soluk Kesilince	81
5.	Sayıklayan Otobüs Şoförü	97
6.	Gülmekten Bitap Düşmek	112
7.	Vızıldayan Arılar	139
8.	Boğulurcasına	159
9.	Yüzen Gözler	177
10.	Jekyll ve Hyde	190
11.	Kahvenin Uyandırıcı Etkisi	206
12.	Uykuya Doyamayanlar	219
13.	Başlangıç	245
14.	Uykusuz Her Gece	269
	Sonsöz: Uykuyla İlgili Bazı Genel Düşünceler	288
	Teşekkür	295
	Terimler Sözlüğü	297
	Okuma Önerileri	303
	Dizin	311

Giriş

UYKUYU ZİHNİMİZİN dingin, beynimizin sessiz olduğu durgun bir eylem olarak düşünürüz hep. Mutlu bir bilinçsizlik süreci ve tazelenmiş olarak uyanmanın sevinciyle ilişkilendirilmiş, edilgen bir eylemdir bu. Gece bir şeyler olduğuna dair yaşayabileceğimiz herhangi bir farkındalık, ancak bölük pörçük rüya parçalarıyla sınırlıdır. Yani en azından çoğumuz için. Ancak uyku kliniğimdeki birçok hasta için, gecenin bununla uzaktan yakından ilgisi yoktur. Gece davranışlarını incelemek için onları kabul ettiğim uyku laboratuvarında geçirdikleri bir gece bağırışlar, sarsılmalar, horlamalar, seğirmeler ya da çok daha dramatik sahnelerle kesintiye uğrayıp durur. Bazen de kötü bir uykunun ya da hiç uyuyamamanın verdiği işkence doldurur geceyi.

Sabahları kendini güne hazır hissederek uyanmak normal beklenti olsa da, hastalarımın nadiren yaşadığı bir durumdur bu. Ve tabii eşlerinin de. Onların geceleri, dehşet verici halüsinasyonlar (varsanılar), uyku felci, rüyaları fiilen canlandırma ve güçten düşürücü insomni (uykusuzluk) gibi bir dizi bozuklukla zedelenmiştir. Uyku sırasında kendini gösteren bu davranışlar, uyanıklıktaki insan davranışlarının çeşitliliğini yansıtır. Bu tıbbi sorunların açıklaması kimi zaman biyolojik, kimi zaman psikolojik olabilir. Meslektaşlarımla birlikte yaptığımız klinik çalışmaların odağında, uyku bozukluklarının nedenlerini ortaya çıkararak onlara bir tedavi ya da çözüm bulma çabası yer alır.

Son birkaç yıldır, uyku bozukluklarına bağlı olarak insomni, gündüzleri aşırı uykulu olma veya geceleri tuhaf ve ürkütücü deneyimler yaşama gibi sorunlardan muzdarip yüzlerce hasta gördüm. Bir rast-

lantı eseri girmiştim bu alana. Benim kuşağımdaki çoğu doktor gibi, tıp eğitimim sırasında uyku dünyasına ben de neredeyse hiç adım atmamıştım. Mezuniyetimden neredeyse on yıl sonrasına, nöroloji alanındaki klinik eğitimimde epeyce yol aldığım bir noktaya kadar, uykuya odaklanmış tek bir ders verildiğini hatırlamıyorum. Tesadüf bu ya, on dokuz yaşındayken sinirbilim alanında bir "ara eğitim" aldığım sırada, uykunun işlevi hakkında bir metin yazmam istenmişti. Entelektüel açıdan meraklı ama toy bir genç olarak, ben de çoğu kişi gibi, uykunun işlevinin kişiyi uykulu hissetmekten kurtarmak olduğunu varsaymaktaydım. Bu varsayım kişisel deneyimlerimin bir ürünüydü. Öyle ya, uykum geldiğinde yatardım; uyandığımda da uykululuk hali geçip gitmiş olurdu.

Ancak, metni yazmak için hazırlık çalışmalarımı yaparken, Francis Crick'in de yazarlarından biri olduğu bir makale çıktı karşıma. DNA yapısını keşfeden kişilerden biri olan Crick, yaşamının sonraki dönemlerinde bilinç ve sinirbilim karşısında giderek daha fazla büyülenir olmuştu. Bunda, akademik izin dönemini dünyanın önde gelen sinirbilim araştırma merkezlerinden biri olan Salk Enstitüsü'nde (San Diego) geçirmiş olmasının da payı vardı. Crick ve meslektaşı, bu makalede rüya görmenin işlevi konusundaki görüşlerini ileri sürmüşlerdi. O sıralarda rüyaların yalnızca, uykunun "hızlı göz hareketleri" (*rapid eye movements* - REM) evresinde görüldüğü düşünülmekteydi. Crick ve meslektaşı rüya görmenin, Freud'un yaklaşımıyla "bilinçdışına giden kral yolu"nu temsil etmekten çok, beynin bakım ve temizliğine bir şekilde hizmet ettiğini savunmuşlardı. Onlara göre rüya görmek, beyin hücreleri arasında gün içinde kurulmuş bağlantıların bir kısmını budamaya yarıyor ve böylece, gereksiz bilgilerden kurtulmayı hedefleyen bir "tersine öğrenme" süreci oluşturuyordu. Bu varsayım hâlâ tartışmalı olsa da makaleyi okumak, bu bilgisiz ama ilgili tıp öğrencisinin bir aydınlanma yaşamasına neden olmuştu. Uykunun insanı daha az uykulu yapmaktan öte bir amacı olduğunu anlamak derin bir etki yaratmıştı bende: Uyku yatağa yatmakla uyanmak arasında uzanan bilinçdışı bir durum olmaktan ibaret değildi; farklı beyinsel durumların bir araya geldiği karmaşık bir fenomendi. Uyku ve uyku bozuklukları konusuna böylece uyanan ilgim,

beni uyku tıbbı adı verilen büyüleyici ve sıklıkla da tuhaf olabilen klinik dünyaya sürükledi.

Bu alacakaranlık dünyada, insan beynindeki arızalar çarpıcı ve iyi anlaşılmamış bozukluklara yol açar. Göğüs ağrısı, baş ağrısı, deri döküntüleri ve daha yaygın tıbbi belirtilerin aksine, bu sorunların çoğunlukla kişinin farkındalığının dışında, beyin ve zihninin iç ve dış dünyadan kopuk olduğu bir zamanda ortaya çıkması ise durumu daha da çarpıcı ve zor anlaşılır hale getirir.

İzleyen sayfalarda sizi hikâyelerini paylaşmayı kabul eden bazı hastalarımla tanıştıracağım. Dramatik, tüyler ürpertici, aydınlatıcı, üzücü ve kimi zaman da güldürücü olabilen bu hikâyeleri okuduğunuzda, ilgili bozuklukların kişinin kendi yaşamı kadar, çevresindekilerin yaşamını, eş ve çocuklarıyla ilişkilerini de nasıl etkileyebildiğini göreceksiniz.

Peki bu hastalardan neden söz ediyorum? Daha da önemlisi, bunları neden okuyasınız ki? Anlatacağım hikâyelerin birçoğu, uyku bozukluklarını aşırı uçlarda yaşayan ve insan deneyiminin kapsadığı yelpazenin sınırlarında dolaşan hastalarla ilgili. Bu aşırı durumları inceleyerek yelpazenin daha az şiddetli olan ucu hakkında bir şeyler öğrenebiliriz. Bu hastaların uyku bozukluklarından nasıl etkilendiklerini anlayarak, uykumuzun bizi nasıl etkilediği konusunda az da olsa bilgi sahibi olabiliriz. Bu bozuklukların önemli bir bölümü ender de değil üstelik: Yetişkinlerde kronik insomni on kişiden birinde, uyku apnesi yaklaşık on beş kişiden birinde, huzursuz bacak sendromu da (HBS) yaklaşık yirmi kişiden birinde görülüyor. Dolayısıyla bu kitabı okuyan herhangi bir kişinin bu bozukluklardan bir veya birkaçından muzdarip olması ya da muzdarip olan birini tanıması gayet muhtemeldir.

*

Hekimler hikâyelere bayılır; hem anlatmaya hem de dinlemeye. Hikâyelerle öğretir, hikâyelerle öğrenir ve birbirimizi hikâyelerle avuturuz. Hastanın kendi sözcükleriyle size anlattıkları, tıp dilinde, sorununun "hikâyesi"dir. Öğrencilik yıllarımızda ve yeni mezun oldu-

ğumuz sıralarda bu hikâyeyi hastadan "almak" için gerekli teknikleri öğreniriz. Tıp dergileri ve konferansları vaka geçmişleriyle dolup taşar; uzmanlık bilgisini dolaşıma sokmak ve bilgi temelimizi genişletmek de ancak bu hikâye paylaşımıyla mümkün olur.

Ben her şeyden önce bir nöroloji uzmanıyım ve nöroloji eğitimim sırasında kazandığım beceriler de, uyku tıbbına aynı ölçüde uygulanabilir olma özelliği taşıyor. Londra'nın merkezindeki Queen Square' de bulunan Ulusal Nöroloji Hastanesi'nde asistan olduğum sıralarda, katılmak durumunda olduğumuz geleneksel bir ritüel vardı: perşembe öğleden sonraları gerçekleştirilen itibarlı Gowers Viziti. Büyük ölçüde eğitim amaçlı olan, ama gösteri yönü de yok sayılamayacak bu oturumlar, yüksek bölmelerle birbirinden ayrılmış sıralardan oluşan büyük bir amfide gerçekleştirilir. Nöroloji asistanlarının oturduğu ikinci sıradan baktığınızda, Roma'nın amfitiyatrolarından birinde gibi hissederdiniz kendinizi – ve aslanlara yem olarak meydana atılmak üzere olduğunuzu. Aramızdaki en açıkgöz asistanlar acilen bakılması gereken bir hasta bulur, böylece sürüsüyle kıdemsiz hekimin, tıp öğrencisinin ve yurtdışından gelmiş misafir nörologların doldurduğu arka sıralara gecikmeli olarak yavaşça sızabilirlerdi. Bunlardan en üçkâğıtçı olanları, bir meslektaşın kendilerini çağrı cihazıyla aramasını önceden ayarlayarak "acil durum" için çıkma numarasına yatar ve sonradan amfinin arka sıralarına sinsice süzülürlerdi.

İzleyiciler olacakların öngörüsüyle etkinliğin başlamasını neşe içinde beklerken, asistanların umabileceği tek şey bu zorlu sınavdan bir nebze olsun haysiyetle sağ çıkabilmekti. Meslektaşlarımdan kiminin her perşembe günü öğle yemeği saatinde sinirden kustuğunu, kiminin içeri girmeden önce kaygılarını düşürmek için bir beta blokör hapı aldığını duymuşluğum vardır. Izdırapla geçen doksan dakikalık süre içinde üç vaka sunulurdu. Hastalar genellikle tekerlekli sandalyeyle amfinin önüne getirilir ve o gün Gowers'a başkanlık eden uzman hekim, bu vakalarla ilgili olarak asistanları işkenceli bir sorgudan geçirirdi. Bilgilerimizdeki eksikliklerin, arkamızda oturan 200 kişinin keskin bakışları altında ifşa olması ise sık karşılaşılan bir durumdu.

Özellikle küçük düşürücü bir oturumun ardından, 400 gözün yakıcı bakışlarını ensenizde hissederken tek arzunuz, yerin yarılıp sizi

yutuvermesi olurdu. Aradan geçen yirmi yılın sonunda bile en acı deneyimlerinden hâlâ bahseden meslektaşlarım var. (Bunları kaleme alırken bile, beni hafiften bir sıcak bastığını, midemin şöyle bir dönüverdiğini de belirteyim.) Ancak ne kadar işkenceli olursa olsun bu vizitler, daha önce hiç duymamış olabileceğimiz durumları öğrenmek ve onlara tanık olmak açısından olağanüstü bir fırsat da sunmaktaydı bize; ders karşısında duyduğumuz dehşet de edindiğimiz bilgiyi pekiştiriyordu muhtemelen. (Kendimden örnek verirsem, Allgrove sendromu ve nörolojik sorunlarla ilişkisini öldüğüm güne kadar hatırlayacağım. O günden sonra adını bile bir daha duymamış olsam da.)

Gowers Viziti sırasında utançtan yerin dibine geçme korkusu aklı keskinleştirse de, oturumların en değerli yönü, bu hastaların karmaşık hikâyelerini dinleme olanağını sunmasıdır. Genelde hekimlerin ve özellikle de nörologların odaklandığı hasta hikâyesi uyku tıbbında da aynı önemi taşır. Tanı koyarken ya da tanı ölçütlerini tanımlarken en yararlı bilgiyi muayene ya da kan testi ve görüntüleme sonuçları değil, açık arayla bu hikâye verir bize. Bir adamın, düşüp başını yaralamadan hemen önce sol elinin seğirmiş olduğunu hatırlaması, bizi beyninin sağ motor alanında aşırı etkinlik ortaya çıkmış olabileceği fikrine ve buradan da beyin tümörü tanısına götürür. Genç bir kadının, görme alanı boyunca dakikalar içinde yayılan bir görüş kaybı bildirmesi, bir göz sorunundan çok migrene özgü görsel "aura"ya (migren ağrılarıyla ilişkili sıradışı elektriksel etkinliğin görme korteksi boyunca yayılmasıyla gelişen duruma) işaret eder. Size elde karıncalanma sorunuyla gelen kadının birkaç yıl önce geçirmiş olduğu baş dönmesi nöbeti, bunun bilekteki bir sinir sıkışmasının değil, multipl sklerozun sonucu olabileceğini akla getirir. Aile geçmişinde denge sorunlarının bulunduğuna bakılırsa, karşınızda oturan içki düşkünü adamın yaşadığı koordinasyon sorunları, aşırı alkol tüketiminden çok genetik bir bozukluktan kaynaklanıyor olabilir. Birlikte çalıştığım en iyi nörologlar, tüm hikâyeyi hastadan almayı sağlayacak sabra ve sarsılmaz kararlılığa sahip olanlarıdır – tıpkı bir adli FBI soruşturmacısı gibi.

Tıp öğreniminde vaka hikâyelerine o kadar çok önem verilir ki, hekimlerin eğitimi ve bilgi birikimlerinin güncel kalması için uygu-

lanan standart yöntem vaka sunumudur. Bu, bize ileride görebileceğimiz ender vakaları "deneyimleme" olanağı tanır. Gowers Viziti ve dünyanın dört bir köşesindeki hastanelerde uygulanan benzerleri işte bu amaca hizmet eder.

Hastaneye kabul işlemleri sırasında çoğu hasta, sağlık geçmişlerinin tıp öğrencileri, asistanlar, kıdemsiz hekimler, uzmanlık ekipleri ve uzmanlardan oluşan sürüsüyle insan tarafından defalarca "alınmasından" dolayı çileden çıkar. Tekrar tekrar sindirilen ve yeni baştan incelenen bu geçmiş muhtelif yönleriyle, yinelenen ilave incelemelere de tabi tutulur. Yaşanan tıbbi sorunun kişinin yaşamının çeşitli yönlerine olan etkileri de incelenmekle birlikte, genellikle hasta hikâyesinin bu bileşeni, vızır vızır işleyen polikliniklerin kargaşası içinde daha fazla ihmal edilir. Zira kapınızın dışında bekleyen hasta sayısının giderek arttığı, randevu saatlerinden epeyce sonrasına kadar beklemek zorunda kalan kişilerin size öfkeli bakışlar attığı bir süreçtir bu. Hastalıkla olan ilişkileri, toplumsal ve aile yaşamlarının nasıl etkilendiği ve şikâyetlerinin –hastalığın idaresinde yol almaya katkıda bulunmayan– küçük ayrıntıları, verimlilik adına gözardı edilir. İşin gerçeği, sağlam bir tanı koyup uygun tedavi planını oluşturmak ve bir sonraki hastaya geçebilmek için, gerekli bilgilerin hepsini olabilecek en kısa sürede çekip çıkarmaya çalışırız.

Okul çağındayken Oliver Sacks'in *Karısını Şapka Sanan Adam* kitabını elime aldığım ânı bütün canlılığıyla hatırlıyorum. Yeni anı oluşturma yeteneğini yitirmiş denizcinin, kendi bacağını tanıyamayan adamın, yaşadığı epilepsi nöbetlerinin sonucunda müzik sesi işiten kadının hikâyelerini okudukça, kendimi konuya giderek daha fazla kaptırıyordum. Bu bozuklukların doğası ve bizi nasıl etkilediklerriyle ilgili daha derin bir kavrayışa kavuşmamı sağlayan şey ise, yazarın bu semptomları içine yerleştirdiği bağlam, karşısındaki insanların yaşamının bunlardan nasıl etkilendiği oldu. Sinirbilime duyduğum ilgi –kuşkusuz birçok meslektaşım için de olduğu gibi– bu hikâyeleri okumakla başladı.

*

Nörologlar hasar ya da zedelenmelerin tıp terminolojisindeki karşılığı olan "lezyon"lar konusunda adeta takıntılıdırlar. Ne zaman bir hastayı değerlendirmeye çalışsak, kendimize lezyonun nerede olabileceği sorusunu sorarız. Belirti ve işaretleri, lezyonun sinir sistemindeki konumunu bulmak üzere bir araya getiririz. Hasar bir inmeden, yaralanmadan ya da tümörden kaynaklanıyor olabilir; çıplak gözle ya da bir görüntüleme taraması aracılığıyla seçiliyor olabilir; yalnızca biyopsi ya da otopsi sonucunda belirlenebilecek mikroskobik boyutlarda olabilir. Belki de, elektriksel bir soruna bağlı olarak sinir sisteminin küçük bir bölümünün, belirli bir süreyle işlev kaybına uğradığı "geçici" bir lezyondur söz konusu olan. Ancak lezyonlar temelinde açıklanan sorunlar, koldaki duyu kaybı ya da yüzdeki felçten ibaret değildir. İzleyen bölümlerde ele alacağımız uyku bozukluklarının büyük bölümü de yine lezyonların dolaysız birer sonucudur.

Bütün nöroloji dünyasının belki de en tanınmış lezyonu, Phineas Gage adındaki adamın beyninde oluşanıydı. New Hampshire'ın Grafton bölgesinde doğan Gage, kimi zaman çiftliklerde, kimi zaman da yakındaki taşocaklarında olmak üzere, patlayıcılarla gençlik yıllarında çalışmaya başlamıştı. Patlama barutuyla tanışması kendisi için büyük bir talihsizlik, modern nöroloji içinse ise büyük bir talih olmuştu. 13 Eylül 1848'de Vermont eyaletinin Cavendish şehri yakınlarında, yerel bir demiryolu inşa etmek üzere kaya patlatma işiyle meşgul olan yirmi beş yaşındaki Gage, saat 16:30 civarında kaya içindeki bir delikte bulunan patlatıcıyı bir sıkıştırma çubuğu yardımıyla sıkıştırmaktaydı. Demirden yapılmış uzun bir çubuktu bu. Delikten içeriye ittiği çubuk, olasılıkla kayayla temas sonucu kıvılcım çıkararak delikteki patlayıcının ateşlenmesine neden oldu. Delikten mızrak gibi fırlayan çubuk Gage'in yüzünün sol yanından girdikten sonra, sol gözünün arkasından geçerek beyninin ön kısmını ve kafatasının üst kısmını parçalayıp çıktı, havada bir cirit gibi uçtuktan sonra da yere düştü. Yüzeyi "kan ve beyinle" kaplanmıştı. Gage, olağanüstü denebilecek biçimde, kısa bir kasılma nöbetinin ardından doğruldu ve bölge hekimine bir öküz arabasıyla taşındı. Hekim bu dehşet verici durumu şöyle anlatacaktı:

Baştaki yarayı ilk kez gördüğümde, arabadan daha inmemiştim bile. Beyindeki atımlar oldukça belirgindi. Başın üst kısmı, sanki altından üstüne doğru kama biçimli bir nesne geçmiş gibi, az çok ters dönmüş bir huniyi andırmaktaydı. Yarasını muayene ettiğim sırada Bay Gage de çevrede toplananlara nasıl yaralandığını anlatıyordu. Önce inanmadım anlattıklarına; yanılıyor olabileceğini düşündüm. Ama Bay Gage, çubuğun başının içinden geçtiğinde ısrar etmekteydi. Derken ayağa kalkıp kustu. Kusmanın basıncıyla beynin yarım çay fincanı büyüklüğündeki bir parçası dışarı fırlayıp yere düştü.

Gage'in hayatta kalması gerçekten de olağanüstü bir durumdu; hele bu olayın on dokuzuncu yüzyıl ortasında geçtiği düşünülürse. Ancak daha da olağanüstü olanı, kazadan sonra yaşadığı değişimdi. Arada geçirdiği hezeyanlar, enfeksiyon ve komayla çetrefilleşen uzun bir iyileşme döneminin ardından, nihayet on hafta kadar sonra ailesinin evine dönebildi. Ancak dönen, aynı kişi değildi.

Elimizde fazla ayrıntı bulunmamakla birlikte, Gage kazadan önce çalışkan, dikkatli ve popüler bir kişi olarak tarif edilirdi. İşverenleri, "bu işteki en verimli ve becerikli ustabaşı" olduğunu söyleyerek onu överlerdi. Ancak korkunç kazanın ardından, kendisiyle ilgilenen hekimlerden biri olan Harlow şöyle yazıyordu:

Entelektüel becerileri ile hayvani eğilimleri arasındaki –deyim yerindeyse– denge, sanki yok olmuş gibi. Değişken bir ruh hali içinde; saygısız; zaman zaman akla gelebilecek en kaba küfürleri savurmaktan kaçınmıyor (ki önceleri böyle bir âdeti yoktu); dostlarına neredeyse hiç saygı göstermiyor; arzularıyla çatıştığında dizginlenmeye ya da öğüt dinlemeye tahammülü yok; kimi zaman sarsılmaz bir inatçılık sergilerken, kararsız ve değişken de olabiliyor: İleriye dönük birçok iş planı üretirken, bunlardan birinde karar kılar kılmaz ona sırtını dönüyor ve kendisine daha uygun görünen bir başkasına yöneliyor. Entelektüel kapasitesi ve bunu ortaya koyuş biçimi açısından tam bir çocuk; ama güçlü bir adamın hayvani tutkularını taşıyor. Yaralanmanın öncesinde, dişe dokunur bir eğitim almamış olmasına rağmen dengeli bir zihin yapısına sahipmiş ve kendisini tanıyan kişilerin gözünde, becerikli ve akıllı bir işadamıymış. Son derece enerjik olduğu gibi, iş süreciyle ilgili olarak kurguladığı bütün planları eyleme dökmek konusunda da kararlıymış. Zihni bu açıdan tümüyle değişikliğe uğramış durumda; o ölçüde ki, dost ve tanıdıkları onun "artık Gage olmadığını" söylüyorlar.

Öyle anlaşılıyor ki, başkalarıyla arası gayet iyi olan o iyi huylu adam gitmiş, yerine kavgacı, küfürbaz ve sevimsiz biri gelmişti: "Görgüsüz, saygısız, küfürbaz ve bayağı birine dönüşmüştü; öyle ki varlığı, düzgün insanlar için çekilmez olmuştu." Gage'in hikâyesi ağızdan ağıza dolaştığı zaman içinde, kuşkusuz şişirilip abartılarla donanmış ve özünden sapmıştı. Gerçekte, olayın etkisi yaşamının ileriki dönemlerinde biraz hafiflemişti. Bununla birlikte Gage örneği, beynin farklı bölgelerinin farklı işlevleri olduğunu göstermesi bakımından, lokalizasyon fenomeninin hiç kuşkusuz tarihteki en tanınmış vakalarından birini oluşturuyordu. Frontal loblara gelecek bir hasarın (ister bir tümör, ister demans, ister bir sıkıştırma çubuğundan kaynaklansın), kişilik değişimlerine neden olduğu bilinir ve bu da, frontal lobların toplumsal davranış ve planlamada temel bir rol oynadığı fikrine götürür bizi.

Sonuç olarak, lezyonları belirti veya işaretlerle ilişkilendirmek beynimizin nasıl çalıştığını, nasıl düzenlendiğini ve yaşamımızı nasıl belirlediğini anlamamıza yardımcı olur. Bu lezyonlar kaza eseri de ortaya çıkabilir, hastalık sonucu da. Hayvan deneylerinde ise kimi zaman kasten oluşturulurlar. Klinik uygulamalarda, lezyonun sinir sistemi içindeki yerinin özelliklerini belirlemeye çalışır, bütün belirtilerin ve muayene bulgularının altında yatan ve onları açıklayan tek bir neden, hepsini çatısı altına alan birleştirici bir tanı ortaya koymaya çalışırız.

Ne var ki, uyku dünyasında bu "Occam'ın usturası" ilkesi (her şeyi aydınlatacak olan şeyin, en basit açıklamada –ya da tek bir tanıda– aranması gerektiği yolundaki ilke) her zaman geçerli değildir. Bir nöroloji kliniğinde hastanın migreni için getirilecek açıklama, elbette hastanın stres düzeyi veya alkol alıp almadığından etkilenebilir; ancak bu durum çoğunlukla tanıyı değiştirmeyecektir. Buna karşılık uyku, herkesin doğrulayacağı gibi, biyolojik, sosyal, çevresel ve psikolojik faktörlerin mutlak bir kesişim noktasıdır. Açıktır ki kaygı elinizde karıncalanmaya yol açabilir; gürültü de migreninizi şiddetlendirebilir. Ancak horlamanız, çalışma saatleriniz, yatak odanızdaki gürültü, yaşadığınız kaygı ve uyku deneyiminiz arasındaki bağlantı çok daha dolaysızdır. Bu etkenler kendinizi dinlenmiş ve tetikte ya

da inanılmaz derecede bitkin hissetmenizde çok daha belirleyicidir. Yaşamınızın bütün bu yönlerini anlamak uykunuzu değerlendirmede büyük önem taşır. Ama bunların hepsini birden 30 dakikalık bir muayene süresince incelemek zor olabilir; hele ki bir yandan notlar alıp, bir yandan bilgisayarınızla cebelleşip bir yandan da bir sevk notunu dikte ediyorsanız.

Bununla birlikte, takip eden bölümlerde göreceğiniz uyku bozukluklarının birçoğu, tıpkı diğer nörolojik bozukluklar gibi, sinir sistemi lezyonlarını temsil eder. Bunların çoğunlukla mikroskobik ölçeklerde, gelip geçici ya da genetik kökenli olmaları, lezyon oldukları gerçeğini değiştirmez. Doğanın deneyleri olan lezyonlar, beynin uykuyu denetleme işlevlerindeki aksaklıkların nasıl böylesine büyük bir sonuçlar dizgesine yol açabildiğini kavramamıza yardımcı olarak, kendimizi anlamak için bir fırsat sunarlar bize. Kitap boyunca, beyindeki lezyonların nasıl kontrol edilemez uyku ataklarıyla, "canlı" rüyalarla, halüsinasyonlarla, uyku felciyle ve gün içinde vücudun çöküşüyle sonuçlanabildiğini göreceğiz. Beyin sapındaki anormalliklerin nasıl rüyalarımızda olup bitenleri bilfiil canlandırmamıza neden olduğunu; genetik faktörlerin uykumuzda yürüme, yeme, seks yapma hatta motosiklete binme becerimizi nasıl etkilediğini öğreneceğiz. Sinir sistemindeki kimyasal anormalliklerin geceleri nasıl tuhaf ve rahatsız edici hislere yol açabildiğine tanık olacağız. Genlerimizin vücut saatimizi nasıl etkilediği ve geceleri ortaya çıkan nöbetlerin nasıl dehşet verici gece deneyimlerine yol açabildiği sorularını irdeleyeceğiz. Bütün bunlar, beynimizin uykumuzu nasıl düzenlediği ve uykumuzun çeşitli yönlerinin nasıl denetlendiği konusunda bize ipuçları veriyor.

Kitapta sözü edilen bazı hastalar ise, psikolojik veya biyolojik faktörlerin uykuyu nasıl etkilediğini ve sözgelimi kişiyi güçten düşüren insomniye ya da uyku apnesine (uykunun, soluk alıp verme biçimi yüzünden aksadığı uyku bozukluğu) nasıl yol açtığını anlamamıza yardımcı olacak. Partnerinizin uykunuz üzerinde gösterebileceği muazzam etkiye tanıklık edebileceğiniz bir hikâye de bulacaksınız kitapta. Sinir sistemindeki bir hasarın söz konusu olmadığı bu tür durumlarda bile, uykunun kendisinin nasıl zarar gördüğünü, ak-

sadığını ya da değiştiğini göreceksiniz. Bu tür vakaları inceleyerek, normal uykunun beyin sağlığının (bellek işlevleri, duygudurum [ruh hali], zihinsel uyanıklık vb. bakımından) korunmasında oynadığı rolü de anlayabiliriz. Sonuç olarak, bu kişiler uykunun fiziksel, psikolojik ve nörolojik sağlık açısından taşıdığı önem konusundaki anlayışımıza yeni pencereler aralıyor.

*

Sizleri hastalarım ve hikâyeleriyle tanıştırmaya ne kadar hevesli olsam da, kısa ama önemli bir parantez açmamı mazur görürsünüz umarım. Sıradışı uykuyu kavramak için önce normal uykuyu anlamak yararlı olacaktır. Yaşamda yol aldıkça uykumuz hem nicel hem de nitel olarak değişir. Bir yenidoğan, günün üçte ikisini uykuda geçirir; fakat yetişkinliğe ulaştığımızda gecede yaklaşık 6,5 - 8,5 saat uyuma eğiliminde oluruz. Öte yandan uyku statik bir süreç değildir ve gerçekte birkaç evreden oluşur.

Uykuya ilk dalışımızda, "uyuklama" olarak da bilinen 1. Evre'ye gireriz. Bu evrede beynin uyanıklıktaki normal elektriksel etkinliğinin yatışmasıyla birlikte, gözler yavaşça bir yandan diğerine yuvarlanmaya başlar. Uykunun ilerlemesiyle 2. Evre –hafif uyku– başlar ve beyin etkinlikleri daha da yavaşlar. Bu evrede kaydedilen beyin dalgaları, uyku iğcikleri ve K kompleksleri olarak bilinen elektriksel olayların izlerini taşır (arka plandaki beyin dalgası ritminin, uyanıklıkta belirgin olmayan geçici değişimleridir bunlar). Uykuya daldıktan genelde yaklaşık otuz dakika sonra girdiğimiz derin uyku evresi, yani 3. Evre'de ise beyin dalgaları artık epeyce yavaşlamış, ancak boyutça büyümüştür. Buna bağlı olarak bu evre kimi zaman "yavaş dalga" uykusu olarak da anılır. 1-3. Evreler "REM-dışı" uyku olarak da bilinir; REM yani hızlı göz hareketleri uykusuna ise ortalamada ancak 60 ila 75 dakika sonrasında gireriz.

Göreceğimiz gibi, REM uykusunda gözler hızla bir yandan diğerine hareket eder ve beyin dalgaları –uyanıklık haline biraz benzer bir şekilde– son derece etkin gibidir. Belirgin biçimde rüya gördüğümüz uyku evresidir bu. Yetişkinler olarak, gece boyunca çeşitli uyku evre-

lerinden oluşan döngülerden dört ya da beş kez geçeriz; öyle ki, derin 3. Evre uykusunun büyük bölümü gecenin ilk yarısında, REM uykusunun büyük bölümü de gecenin ikinci yarısında kendini gösterir.

Yaşımız ilerledikçe, bu farklı uyku evrelerinin oranları da değişir. Yenidoğanlarda uykunun yaklaşık yarısı REM evresinde geçerken, bu oran yetişkinlerde yüzde 15-25'e düşer ve bu düşüş, yaşlılığa yaklaştıkça kademeli olarak ilerler. 3. Evre uykusunun oranları da değişime uğrar; öyle ki, yetişkinlikte yüzde 15-25 civarındayken, yaşlılıkta biraz düşer ve genellikle de 3. Evre uykusunun yerini 1. ve 2. Evreler alır. Yaşın ilerlemesiyle artan bir başka şey de uyanıklık oranıdır ve bu da kendini çok kısa süreli uyanmalarla gösterir. İleride açıklayacağım gibi, bu biyolojik süreci beyin çekirdekleri, beyin ağları ve nörotransmiterlerden (sinirsel ileticiler) oluşan karmaşık bir sistem düzenler. Söz konusu sistem uykunun başlangıç ve sonunun yanı sıra, REM-dışı uykuyla REM uykusu arasındaki geliş-gidişleri de kontrol eder.

Uyuma *dürtüsünü* kontrol eden ve bu yüzden iyi kavranması gereken iki süreç daha vardır. Bunlardan birincisi "homeostatik" mekanizmadır.

Herkesçe bilindiği üzere, ne kadar uzun süre uyanık kalınırsa, uyuma dürtüsü de o ölçüde güçlü olur. Uyanıklığın uzamasıyla birlikte, uykuyu teşvik eden belirli nörotransmiterlerin düzeyi de yükselerek uykunun başlamasını tetikler. İkinci etkili kuvvet ise, göreceğimiz gibi sirkadiyen saattir.

Bizler içimize yerleşmiş bir zamanlayıcıyla yaşarız; nörolojik ve bedensel işlevlerimizin dış dünyayla eşgüdümünü sağlayan bir içsel saatle yani. Bu saat, etkisini en güçlü biçimde gecenin geç vakitlerine doğru göstererek bizi uykuya zorlar ve gündüzleri de kendimizi daha uyanık ve tetikte hissetmemizi sağlar.

Bu iki mekanizma (sirkadiyen ve homeostatik), geceleri yeteri kadar uyumamızı, gündüzleri de tümüyle uyanık olmamızı güvenceye almak için çoğunlukla senkronize biçimde çalışır; en azından her ikisinin de düzgün işlediği zamanlarda.

*

İzleyen sayfalarda, size Guy's Hastanesi Uyku Bozuklukları Merkezi ve London Bridge Hastanesi'nde izlediğim hastalardan söz edeceğim. Bu kişilerden bazılarını yıllardır tanıdığım ve hem yaşadıkları sorunlarla hem de yaşamlarıyla ilgili bir kavrayış geliştirebildiğim için son derece şanslı sayıyorum kendimi. Bazı hastalarımın ise dünyalarını daha derinden inceleme ve kendilerini olduğu kadar ailelerini de evlerinde ziyaret etme olanağını buldum ve böylece konuşma ve tartışmalarımızı kliniğin getirdiği sınırlamaların dışında, zaman darlığı ve telaşın daha az olduğu bir ortamda yapabildik. Bu kişilerin hepsi durumlarının anlatılmasına izin verdi ve katkıda bulundu, böylece içeriğin doğruluğu güvence altına alındı. Değiştirdiğim tek detay, parantez içinde yıldız imiyle verilmiş isimler oldu.

Bu hastalar uykunun yaşamımız açısından taşıdığı temel önemi gösteriyorlar bize. Nörolog Oliver Sacks'in son derece yerinde bir ifadeyle ortaya koyduğu gibi: "Hastalıkları incelemekle anatomi, fizyoloji ve biyolojiye dair, hastanın kendisini incelemekle ise yaşama dair bilgelik kazanırız."

1
Greenwich Saati

EĞER BİRKAÇ ZAMAN DİLİMİNİ aşmak durumunda kaldığınız uzun bir uçuş yolculuğu yaptıysanız, *jet lag* hissine fazlaca aşinasınız demektir. Ters bir şeyler vardır ortada: Üstünüze bir ağırlık çökmüş gibidir ve çevrenizden kopuk hissedersiniz kendinizi; varış noktasındaki parlak gün ışığı, yatağınıza yatıp kıvrılma arzunuzla çatışır. Vücudunuzdaki her bir hücre uyumaya can atarken, uyanık kalma zorunluluğunun bulantısını yaşarsınız; ya da çevrenizdeki herkesin uykuda olduğu sabahın ikisinde tümüyle uyanık olup kahvaltıdan başka bir şey düşünememenin tutarsızlığını. Neyse ki vücudunuz kısa sürede duruma uyum sağlar ve birkaç gün içinde çevrenizde akıp giden yaşamla yeniden barışmış bulursunuz kendinizi. Ama bunun sürekli olarak hissettiğiniz bir şey ve gündelik yaşamınızın bir gerçeği olduğunu, üstelik kurtuluş umudunuzun da olmadığını hayal edin bir de.

Vincent ve annesi Dahlia ile Guy's Hastanesi'nde tanıştım. Vincent on altı yaşındaydı. Bulunduğu klinik özel olarak, çocuk hastanesinin uyku hizmetleri biriminden yetişkin dünyasına geçiş yapmakta olan onlu yaşlarındaki gençlere hizmet vermekteydi. Bu klinik genelde narkolepsi veya şiddetli uyurgezerlik sorunları olan çocuklarla dolu olur. Ama Vincent bu açıdan –aslına bakılırsa hiçbir açıdan– genele uymuyordu. Çekingen ve içine kapanık bir gençti; pek öyle uzun boylu sayılmasa da tıknaz ve sağlam bir yapıya sahipti. Bunun boksa duyduğu hevesin bir göstergesi olduğunu öğrendim. Dahlia ise aksine fıkır fıkır ve oldukça da konuşkandı. Güney Ame-

rika kökenli bir kişi olarak İngilizcesi akıcı, ancak bariz biçimde aksanlı ve makineli tüfek hızındaydı. Görüşmemizin büyük bölümü boyunca Vincent sessiz sakin oturdu, Dahlia da bana son birkaç yılın hikâyesini anlattı. Konuşması, yalnızca Vincent'ın hüsran duygusunun kabarıp taştığı zamanlarda kesintiye uğruyordu. Vincent ise, nadiren de olsa konuştuğunda yavaş ve tereddütlüydü; istediği sözcükleri bulmada ara sıra zorlanıyordu.

İkisi bu şekilde Vincent'ın yaşamının bir tablosunu ortaya çıkardılar.

Vincent birtakım uyku sorunları yaşadığını ilk kez dokuz-on yaşlarında fark etmiş, ancak sorunlarının çok daha belirgin hale gelmesi on üç yaşını bulmuştu. Dahlia'ya göre bu durum Vincent'ın geçirdiği iki kalça ameliyatının (ikincisi, ilk ameliyatta yerleştirilen metal levhaların çıkarılması içindi) ardından başlamıştı.

"Her şey kademeli olarak gelişti sanki. Ne olup bittiğini başlangıçta tam anlayamıyordum," diye anlattı Vincent bana. Uykuya dalmakta giderek daha çok zorlanıyor, uyuyakalması sabahın üçünü veya dördünü bulabiliyordu. "Bir sorunla karşı karşıya olduğumu ilk kez, sürekli uyumaya çalıştığım halde her seferinde güneşin doğuşunu gördüğümü fark edince anladım."

Bu durum hızla öyle bir noktaya varmıştı ki, Vincent artık sabahları on birde uyuyor, geceleri de dokuzda uyanıyordu. Beklenebileceği gibi, çok geçmeden eğitimi de aksamaya başlamıştı: "Epeyce ders kaçırdım. Uyumakta zorlandığımı önceleri kimseye söylemek istememiştim, çünkü bunu tembelliğime verip geçeceklerdi. Ben de bu yüzden sık sık kendimi iyi hissetmediğimi söylüyordum."

Yaşamlarının bu dönemi Dahlia'ya hâlâ acı veriyordu: "Okula gitmesi için onu uyandırmaya çalıştığımda, hiçbir şeyin fayda etmediğini fark etmeye başlamıştım. Onu ne kadar sarssam da kalkmıyordu bir türlü. Kafam çok karışmıştı, çünkü ilkokuldayken okula hiç geç kalmazdı. Hiç! Bir anne olarak, beni yargılıyorlarmış gibi hissediyordum. Belki Vincent da bir öğrenci olarak hissediyordu aynı şeyi. Okuluyla başım öyle bir belaya girmişti ki. Vincent'ın devamsızlığından dolayı bana para cezası kestiler!"

Bu yargılanma duygusunu Vincent da hatırlıyordu: "Hem okul

hem babam hem de arkadaşlarım durumu anlamakta zorlanıyorlardı." Vincent'ın artık onlarla birlikte yaşamayan babası da dahil, bazıları bunun bir "uykuya düşkün ergen" vakasından ya da psikosomatik bir durumdan ibaret olabileceği ihtimalini gündeme getirmişlerdi. Aslına bakılırsa, Vincent'ın babası bence hâlâ bu fikirdeydi. Dahlia ile telefonda görüştüğüm bir seferinde, arka planda onun da sesini duyabiliyordum. Dahlia'yı ortada tıbbi bir mesele olmadığına ikna etmeye çalışıyordu.

Ancak Dahlia, durumun ergenlere özgü uyku örüntülerinden fazlasını içerdiğinin farkındaydı. Vincent'ın okula devamsızlığının daha da artmasıyla, tıbbi yardım almaya karar vermişti. Vincent ile aile hekimine gittikleri zamanları şöyle anlatıyordu: "Sırf Vincent'ın bir uyku sorunu olduğunu anlatmak için birkaç aylık aralarla yedi-sekiz kere doktora gittik. Hep malum öğütleri alıyorduk – yatmadan önce sıcak süt içirin, gece ekrana bakmak yok falan filan. Lavanta yağıymış!.." Alaycı bir ifade belirdi yüzünde.

Gelgelelim sorun devam etmekteydi ve sonunda Vincent bir çocuk hastalıkları uzmanına sevk edilmişti. Ve böylece, bir sorunu olduğunu anlamasından yaklaşık iki yıl sonra kendisine nihayet bir tanı konabilmişti: Görünüşe göre, Vincent'ın içsel vücut saati yanlış zamana ayarlanmıştı. İlgili hekimlerin açıkladığı üzere bu saat, çevresindeki dünyayla uyum içinde çalışmak yerine herkesinkine göre birkaç saat geç kalmaktaydı. Tanı, gecikmiş uyku fazı sendromuydu.

*

Bizler güneşin çocuklarıyız. Bir yandan bizi büyülerken, bir yandan da bizi kendisine tutsak etmiştir güneş. İzleyeceğimiz yolu bize o söyler. Uyku örüntülerimiz, dünyanın 24 saatlik dönüş ritmi ve maruz kaldığımız güneş ışığıyla belirlenir. Tümüyle akla uygundur bu durum: Av ve avcıları seçebileceğimiz aydınlıkta uyanık kalarak yiyecek arayışına çıkmak, başka hayvanlarca avlanmaya açık olduğumuz karanlıkta ise uyumak, sağkalımımız için büyük önem taşımıştır. Ancak yaşamımızın bu ritimle tanımlanan unsurları uykudan ibaret değildir.

Biyolojik bilimler ve tıpta en yaygın kullanılan arama motoru PubMed'e "sirkadiyen ritim" sözcüklerini girdiğinizde, karşınıza 70 binin üzerinde sonuç çıkar. Başlıkları büyük çeşitlilik gösteren makalelerdir bunlar: "Öfke ve Saldırganlığın Biyolojik Saatleri ve Ritimleri" ya da "Böbrek İşlevlerinin Sirkadiyen Denetimi"nden tutun, "Biyolojik Saatler: Bağışıklık Sistemi Hastalıkları ve Alerjik Hastalıklarla İlişkileri"ne kadar. Tabi olduğumuz 24 saatlik ritim beynimizi, bağırsaklarımızı, böbreklerimizi, karaciğerimizi ve hormonlarımızı –vücudumuzda taşıdığımız her bir hücreyi– etkiler. Hatta bir hücreyi alıp petri kabına koyduğunuzda, size bir şekliyle 24 saatlik bir ritim sergileyecektir. Aslına bakılırsa, protein kodlayan genlerimizin yüzde 40 kadarı bu sirkadiyen ritmin denetimi altındadır.

Bununla birlikte, mesele ışığa maruz kalmaktan fazlasını içerir. Bu ritmin sürekliliğini sağlayan metronom güneş değildir – en azından günümüzde. İnsanları loş ışığa bırakın, gündoğumu ve günbatımına maruz kalmalarını engelleyin, ritim yine de devam edecektir.

Modern uyku biliminin öncülerinden biri olan Nathaniel Kleitman 1930'larda, Kentucky'de bulunan ve dünyada bilinen en uzun mağara sistemlerinden olan Mamut Mağarası'nın derinliklerinde, başkalarıyla birlikte kendisi üzerinde de deneyler yapmıştı. Ne ışığın ne de sıcaklık ve nem dalgalanmalarının olduğu bu derin yeraltı ortamında 28 saatlik bir döngü oluşturmaya çalışmış ama başaramamıştı. Bunun nedeni, güneş ışığıyla gelen uyarının yokluğunda bile vücut sıcaklığı, uyku ve başka fizyolojik değişkenlerin bu 24 saatlik ritmi korumasıdır. Bu durum içimizde bir yerlerde zamanı ölçen bir saat olduğuna işaret eder.

Görünüşe göre, bu saat gezegen üzerindeki bütün yaşam formlarında bulunur. Bakteriler, tekhücreli canlılar, bitkiler, sinekler, balıklar ve balinalar – hepsi de bu içsel saate sahiptir. Böyle bir saate duyulan ihtiyacın gerekçesi bazı yaşam formları için açıktır. Ama saatin kaç olduğu bakterileri neden ilgilendirsin ki? Ya da bitkileri? Bitkiler güneşin gökyüzünde parladığı zamanları, yapraklarını ne zaman açıp ne zaman fotosentez yapacaklarını bilmek zorundadırlar. Ama bunun için içsel bir saatin kılavuzluğuna gerek yoktur; ışığı algılamak yeter de artar bile. Peki ya mağara sistemlerinde yaşayan ve binlerce kuşak

boyunca güneş ışığına maruz kalmamış kör balıklar neden tutunur böyle bir saate? Durumun böyle olması, bu sirkadiyen sistemin yaşamın özüne işlemiş olduğuna işaret eder. Öyleyse evrimsel baskı ve doğal seçilim, gezegen üstündeki bütün yaşam formlarının kaynağı olan son "evrensel ortak ata"nın varlığından başlayarak, bu içsel saati korumak üzere işlemiş olmalıdır.

Gerçi bildiğimiz yaşamın en basit ucunu temsil eden bakteri ve algler ele alındığında, bu baskının ne olduğunu tahmin etmek zordur. İleri sürülen bir görüşe göre, bu içsel saatin kökeni, mutasyon oluşturabilecek morötesi radyasyona maruz kalacağı bir zamanda hücrenin kopyalanmasını engelleme gereğinde yatıyor olabilir. Daha yaygın kabul gören bir hipotez ise bu ritimlerin, oksijen düzeyindeki günlük dalgalanmalara ve oksijenin verdiği zarara karşı etkinlik gösteren genlerin üretimini denetlemek için evrildiğini ileri sürer. Aslına bakılırsa, sirkadiyen ritmin kökeni yaklaşık 2,45 milyar yıl önce gerçekleşen Büyük Oksidasyon Olayı'na da dayanıyor olabilir. Bu zaman aralığı, fotosentezi (güneş ışınlarından sağlanan enerji aracılığıyla karbondioksidin oksijene dönüştürülmesi süreci) gerçekleştiren ilk mikroorganizmalar oldukları düşünülen bakteri grubunun yani siyanobakterilerin evrimiyle tanımlanır. Atmosferdeki oksijen düzeylerinin düşük olduğu bu dönemde, mevcut serbest oksijen hızla başka maddelerle kimyasal bağlar kurmaktaydı. Siyanobakterilerin etkisiyle atmosferdeki serbest oksijen düzeyinde gerçekleşen ani artış ise, tahminlere göre dünya tarihindeki en büyük kitlesel yokoluşlardan birini tetiklemiş, oksijenin yüksek düzeyde zehir etkisi gösterdiği organizmaların çoğu ölmüştü. Hayatta kalmayı başarabilenler ise serbest oksijenin tehlikeli etkilerinden korunabilmek için farklı mekanizmalar geliştirmek zorundalardı. Oksijenin devreye girdiği kimyasal tepkimelerin zehirli yan ürünlerini "temizleyen" redoks proteinlerinin, bu korunma ihtiyacının sonucunda evrildiği düşünülüyor. Bunu ileri süren kurama göre, güneş ışığının belireceği ve oksijen düzeylerinin yükseleceği zamanı öngörmek yoluyla organizmalar bu proteinleri günün uygun zamanında üretebilirlerdi. Ama işin aslı şu ki, sirkadiyen sistemin ortaya çıkışı gizemini korumaya devam ediyor.

Bütün saatlerin ayarlanabilir ya da ayarlarının sıfırlanabilir olması gerekir; tıpkı doğru çalışmak için, sarkaçlarını kurcalayan bir saat ustasına gerek duyan bir duvar saati gibi. Sirkadiyen ritim de mevsimlerin değişen örüntülerine göre ince ayarlamalardan geçmek zorundadır, özellikle de daha karmaşık canlılar için. Bunun nasıl gerçekleştiği konusundaki anlayışımız son birkaç onyıl içinde ilerlemiş bulunuyor. Artık sirkadiyen ritimlerimizi hafifçe ileriye veya geriye alan çevresel işaret ya da etkilerin farkındayız. Bunlara Almancada *Zeitgeber*, yani "zaman verici" adı veriliyor. Kendi haline bırakılmış insan sirkadiyen ritmi 24,2 saate ayarlıdır; ancak *Zeitgeber*'lerin yokluğunda içsel saatimiz er veya geç çevremizdeki dünyanın akışına göre sürüklenecektir. Bu saat sıcaklığa, fiziksel etkinliklere ve yeme eylemine duyarlı olmakla birlikte, en güçlü *Zeitgeber*, açık arayla ışıktır – özellikle de güneş ışığı gibi, ışık tayfının mavi ucundaki ışık. Dolayısıyla, sirkadiyen saatimiz güneşten bağımsız çalıştığını kanıtlamış olsa bile, üzerindeki en büyük etkiyi gösteren unsur yine de güneştir.

Guy's Hastanesi Uyku Bozuklukları Merkezi'ne yalnızca birkaç dakikalık bir tren yolculuğu mesafedeki Greenwich Kraliyet Gözlemevi, Thames Nehri'nin büyük kıvrımlarından birine bakan bir tepenin üzerine kurulmuş. Hastanenin 30. katından, tepenin güneydoğu Londra'ya doğru hafifçe yükseldiğini görsem de, 1960'ların çirkin çokkatlı binalarıyla yeni gökdelenlerin oluşturduğu ormanın arasında kalmış gözlemevi binasını tam seçemiyorum. Ucunda rüzgâr fırıldağı bulunan büyük bir metal direk, gözlemevinin tepesinden, genelde gri olan Londra göğüne doğru uzanıyor. Bu direk, çapı yaklaşık 1,5 metrelik büyük, kırmızı bir topun içinden geçiyor. Kışları Greenwich Saati, yazları da İngiliz Yaz Saati'nde olmak üzere, top her gün saat 12:55'te direğin ortasına, 12:58'de de tepesine kadar yükseliyor ve saat tam 13:00'da direkten aşağı düşüyor. Nehrin karşı kıyısında yükselen ve Londra'nın ana finans ve iş merkezi olan Canary Wharf'un gökdelenleri, günümüzde gözlemevini çevreleyen alana egemen durumda. Oysa 19. yüzyılın ortalarında Thames Nehri'nin bu bölümü, ticaretin can damarı olan ürünleri Britanya İmparatorluğu'nun bir kıyısından diğerine taşıyan yelkenli gemilerle tıklım tıklım dolu olurdu. Yüzlerce teleskop, topun düşeceği ânın beklentisiyle gözlemevi-

ne odaklanır, denizciler böylece her gemide bulunan kronometreyi yeniden ayarlama fırsatını bulurlardı. Bu işlem, Doğu Hint Adaları ile ötesine yapacakları yolculuklar için gereken boylam hesaplamaları açısından hayati önem taşımaktaydı.

Bu gemilerdeki kronometreler gibi, insan vücudunda da birçok saat bulunur; ancak –Kraliyet Gözlemevi'ndeki büyük kırmızı topun karşılığı olan– ana saatin oturduğu koltuk, suprakiazmatik çekirdek adı verilen çok küçük bir beyin bölgesidir. Birkaç bin gibi oldukça mütevazı bir nöron sayısına sahip olan bu bölge, hipotalamusta, gözlerden gelen bilgiyi taşıyan görme sinirlerinin birbirleriyle kaynaştığı "optik kiazma"nın hemen üzerinde yer alır. Bu küçücük doku yumrusu, vücudun bütününde sergilenen sirkadiyen ritimlerin hepsinin kumanda odası olarak işlev görür. Suprakiazmatik çekirdeğin zarar görmesi, bu ritimselliğin kaybıyla sonuçlanır.

Suprakiazmatik çekirdekteki nöronların içinde, *CLOCK* ve *Period* gibi adları olan çeşitli genlerin birbiriyle etkileştikleri, birbirlerine geribildirimde bulundukları ve böylece saatin tiktaklarını yönettikleri karmaşık bir dans sergilenir. Ama ışık, bir *Zeitgeber* olarak, bazen biraz ileriye bazen de geriye aldığı bu dansı yönlendirir. Gözün arkasındaki retinada, ışığı görüntüye dönüştürmekten sorumlu çubuk ve koni hücrelerine ek olarak, retina gangliyon hücreleri diye bilinen hücreler de bulunur. Bunlardan görmeye katkıda bulunmayan bir kısmının görevi ise, sinyalleri suprakiazmatik çekirdeğe iletmektir. Bunu, çekirdeğe doğrudan ulaşan retinohipotalamik sinir yolu aracılığıyla gerçekleştirirler. Işığın, suprakiazmatik çekirdeğin ritmini değiştirmek için kullandığı yol da budur. Bu değişimin temelinde ise, 24 saatlik ritmin dış dünyayla ilişkisini temsil eden "faz" ve ritmin gücünü betimleyen "genlik" üzerinde gösterdiği etki yatar. Daha sonra göreceğimiz gibi, görme yetisini tümüyle kaybetmiş kişilerde sirkadiyen ritmin denetimi sorunlu olabilir.

*

Çocuk hastalıkları uzmanının Vincent için koyduğu tanı olan gecikmiş uyku fazı sendromu oldukça yaygındır. Bu sorunu yaşayanlarda

sirkadiyen ritim, dış dünyanın ritminin gerisinden gelir. Çoğu kişi akşam saat onla geceyarısı arasında uyuma ihtiyacı duyup sabah altıyla sekiz arasında uyanırken, gecikmiş uyku fazı sendromunu yaşayanlar gecenin üçünde, hatta bazen sabahın yedisinde yatıp yedi veya sekiz saat sonra uyanabilirler. Yeterince uyuduklarında iyi hissederler kendilerini; ancak ne yazık ki yaşam nadiren izin verir buna ve modern toplumun dayattığı baskılar karşısında, böyle bir uyku programıyla iş veya okul hayatını sürdürmek çok zordur, hatta belki imkânsızdır.

Erken kalkıp erken yatma veya geç kalkıp geç yatma eğilimi bir noktaya kadar normaldir. İnsanların belirli bir saatte uyuma ve uyanma tercihlerini tanımlayan "kronotipler" geniş bir yelpaze oluşturur. "Sabah insanı" ya da "akşam insanı" kronotiplerinin aşırı uçlarında "erkenci kuşlar" ve "gece kuşları" yer alır. Gecikmiş uyku fazı sendromu tanısını almış kişiler ise aşırının da aşırısı; sirkadiyen ritimleri yaşamlarını olumsuz etkileyecek ölçüde gecikmiş "gece kuşları" olarak düşünülebilir.

Anlaşıldığına göre, uykumuzun birçok özelliği için olduğu gibi, hangi kronotipe girdiğimiz de bir dereceye kadar genlerimiz tarafından belirlenir. İkizler ve aileler üzerinde yapılan çalışmalar, kronotipimizin yüzde 50 oranında genetik denetim altında olabileceğine işaret eder. Bunun yanında, sirkadiyen ritmi düzenleyen genlerin farklı varyantları, hem "akşam insanı" hem de "sabah insanı" tiplerinin aşırı uçlarıyla ilişkilendirilmiştir. Gecikmiş uyku fazı sendromundan çok daha ender görülen ve kişilerin akşamları erken yatıp sabahın çok erken saatlerinde kalkma ihtiyacı duydukları "erken uyku fazı bozukluğu"nun ailesel bir formunda, *PER* adı verilen özel bir sirkadiyen gende mutasyon olduğu belirlenmiştir. Dahası, *DEC2* olarak bilinen bir başka sirkadiyen gendeki mutasyonlar da, görünüşe göre uyanık olduğumuz süreyi uzatıp, ihtiyaç duyulan uyku süresini kısaltırlar. Ancak çoğu kişide, uyanıklık/uyku örüntüsünü belirleyen unsur bu tek tük mutasyonlar değil, tahminen bütün bu genlerin daha ılımlı varyantlarının gösterdiği toplu etkidir.

Bunun ötesinde, beyin olgunlaştıkça kronotipimiz de değişimler gösterebilir. Onlu yaşlarda sirkadiyen ritimler genellikle günün daha geç saatlerine kayar ve yetişkinlikte yeniden eski konumlarına dö-

nerler. Büyük kızımda bunu ben de gözleyebiliyorum. Sabahları onu yataktan koparmak da, geceleri makul bir saatte yatmaya ikna etmek de giderek zorlaşıyor sözgelimi. Bu yaşlardaki gençlerde vücut saatinin sergilediği kayma, hiç kuşkusuz, akşamın geç saatlerinde kullanılan elektronik gereçlerle daha da artar. Bu gençlerin çoğunda olduğu gibi, yataktayken tablete, dizüstü bilgisayara ya da akıllı telefona yapışıp kalmak, güçlü ışık kaynağının bir *Zeitgeber* olarak etki gösterip gecikmeyi daha da beter hale getirmesine yol açar. Gerçek bir soruna dönüşebilen bu durumun sonucu olarak, okula gitmek için erken kalkmak zorunda olan birçok genç uykudan yoksun kalır ve uyku yoksunluğu da okulda sergilenen daha düşük performans kadar, davranışsal sorunlar ve kaygıyla da ilişkilidir. Bununla birlikte, gecikmiş uyku fazı sendromu yaşayan kişiler, maruz kaldıkları ışığa ve bunun sirkadiyen ritimlerine olan etkisine özellikle duyarlıdırlar. Akşamları gerçekleşebilecek ani ışık parlamalarının sirkadiyen saati geciktirici etkisi, bu kişilerde ortalamaya göre çok daha fazladır.

Öyleyse Vincent'ın sorununa getirilecek çözüm, geceleri elektronik gereçlerin kullanımından vazgeçmek kadar kolay bir şey olabilirdi. Hatta akşamları ışığın, özellikle de mavi ışığın retina gangliyon hücrelerine çarpmasını önlemek için güneş gözlüğü de takabilirdi belki. Ancak bu çözüm tek bir sorun içermekteydi: Vincent'ta görülen durum gerçekte gecikmiş uyku fazı sendromu değil, çok daha ender ortaya çıkan bir şeydi.

Hikâyesini dikkatle dinlerseniz, durumun ortada olduğunu görürsünüz. Çünkü Vincent her gece –ya da her gün– aynı saatte yatma ihtiyacı duymuyordu.

"İşin aslı, bendeki uyku örüntüsü sürekli olarak değiştiğinden vücudum her gün bir saat daha geç yatmak istiyor," diye anlatmıştı bana Vincent. "Dolayısıyla bir akşam saat onda yatmışsam, ertesi akşam on birde yatma eğiliminde oluyorum ve bu böyle sürüp gidiyor."

İçsel vücut saatinin sürekli olarak kayması, Vincent için yatma ve dolayısıyla uyanma zamanının günde bir saat kadar ileriye gittiği anlamına geliyordu. Buna bağlı olarak her ay birkaç gün boyunca dış dünyayla senkronize hale geliyor, ancak bu durum kısa sürüyordu: "Zamanlamam yaklaşık bir hafta boyunca diğer insanlarınkiyle

uyumlu olsa da, geri kalan zamanda bu senkronizasyon –az veya çok– bozuluyor." Durum en kötü noktasına ulaştığında, Vincent özünde gececil bir kişiye dönüşmüş oluyordu. Bana söylediğine göre kimi zaman sabah on birde uyuma isteği duyarken, uyanması da akşam dokuz veya onu bulabiliyordu.

Bu zamansal kayma örüntüsünün Vincent'ın yaşamı üzerindeki etkisi muazzamdı ve sonuç olarak Vincent sıklıkla inanılmaz ölçüde uyku yoksunluğu yaşıyordu. Bu döngülerin büyük bölümünde uygun zamanda uyumakta güçlük çekiyor, ama okula gitmek için kendini kalkmaya zorlamak durumunda kalıyordu. Bazı günlerde yaşadığı şey, sabahın ikisi veya üçünde zorla kaldırılıp, saat dört veya beşte de derse dikkat vermeye çalışmakla eşdeğerdi. Vincent fiilen neredeyse sürekli bir *jet lag* hali içindeydi.

Şöyle diyordu: "Okuldayken dikkatimi toplamak bazen çok zor olabiliyor. Öğretmenlerimden biri okumamın özellikle yavaş olduğunu ve bunun öğrenme becerimi etkilediğini fark etti. Uyanık kalıp derse odaklanmak bazen neredeyse imkânsız hale gelebiliyor, sonra bir bakıyorum ki derste uyumuşum."

Bir keresinde Vincent'la akşamüstü beş civarında görüşmüştük, o sıralarda öğlen iki veya üç gibi uykusu geliyor, gece de on iki veya bir gibi uyanıyordu. Görüşmemiz esnasında beyni ona derin uykuda olması gerektiğini, vücut saati de saatin yaklaşık gecenin biri ya da ikisi olduğunu söylüyordu. İki cümleyi bir araya getirmek için çaba harcıyor, sözcükleri bulmak için sürekli duraklıyor ve düşüncelerini toparlamaya çalışıyordu. Onun bu hali, bana hekimliğimin ilk zamanlarında 24 saatlik vardiyalarla nöbetçi olduğum günleri hatırlatmıştı. Çağrı cihazım gecenin ortasında çaldığında, makul bir tıbbi görüş bildirmek için kendimi toparlamakta epeyce güçlük çekerdim. Vincent sözcüklerle boğuşarak sürdürmüştü konuşmasını: "Şu anda sanki dünyanın gerisinde kalmış gibiyim. Dünyayla senkronize olduğumda ise gayet iyi hissediyorum kendimi, çünkü o zamanlarda en iyi halim çıkıyor ortaya. Kendimi en iyi ifade edebildiğim halim. Oysa şu anda pek öyle sayılmam."

Dahlia'nın, Vincent'ın dünyayla senkronize olduğu ve olmadığı zamanlardaki durumuyla ilgili söyledikleri çarpıcıydı:

Vincent bütün gün uyumak istediği bir dönemden geçiyorsa, uyanık olduğu zamanlarda kendisi değil sanki. Yorgun görünüyor, hep gecikmeli tepkiler veriyor ve zihinsel olarak bitkin oluyor. Ama bir de dünyayla senkronize olduğu, sabahları altı buçuk ya da yedide kalktığı zamanlarda onu görseniz, gayet parlak bir çocuk, diğer herkes gibi. Böyleyken derslerine karşı hevesli oluyor, bir şeylere ilgi gösteriyor. Kısaca dünyayla daha iyi bir ilişki içinde oluyor.

Bekleneceği üzere, Vincent'ın eğitimi ciddi derecede aksamıştı: "Okula gitmek artık benim için her gün daha da zor hale gelmeye başlamıştı. Sürekli geç kalıyordum ve öğretmenlerim de uyku bozukluğum konusunda pek öyle anlayışlı sayılmazlardı. Bu yüzden bir süre sonra okulu bıraktım. Fazlasıyla zorlanıyordum artık. Bu şekilde sürecek gibi değildi."

Vincent'ın okuldaki deneyimleri Dahlia için belli ki üzücü olmuştu. Öğretmenleri suçlamamakla birlikte, Vincent'ın tıbbi sorunları karşısında yeterince anlayışlı ve esnek davranmadıkları görüşündeydi.

Öte yandan zarar gören tek şey Vincent'ın eğitimi değildi; sosyal hayatı da altüst olmuştu.

"Kimi zaman arkadaşlarını geri çevirmek zorunda kalıyordum," diye anlatıyordu Dahlia. "PlayStation ya da benzeri bir şeyle oynamak için, diyelim ki akşam yedi gibi eve geldiklerinde Vincent saat beşte yatmış ve uyuyor olurdu. 'İnanmayacaksınız ama uyuyor!' demek zorunda kalırdım. Onlara çok tuhaf gelirdi bu durum, çünkü ergenlik çağındaki bir genç hayatta akşamın yedisinde uyumaz." Bunu söylerken hafif bir küskünlük vardı sesinde.

*

Dahlia'nın, Vincent'ın sorununun temeline inmek konusundaki kararlılığı nihayet sonuç vermiş ve Vincent, çocuk hastanesinde uyku uzmanı olan bir meslektaşıma sevk edilmişti. Vincent ve annesinin sorunla ilgili olarak sundukları hikâye, "24 saat dışı uyku-uyanıklık ritmi bozukluğu" ya da kısaca "24 saat dışı ritim bozukluğu" adı verilen durumun tam anlamıyla tipik bir örneğiydi. Tanı, takılabilir bir

cihaz (şimdilerde yaygın olarak kullanılan, bileğe takılabilir bazı aktivite izleyicilerinin tıbbi versiyonu) aracılığıyla Vincent'ın uyku örüntülerinin uzun süreli izlendiği aktigrafi yöntemiyle de doğrulanmıştı. Meselenin özü, Vincent'ın sirkadiyen saatinin 24 değil 25 saatlik bir ritimle işliyor olmasıydı. Beynindeki suprakiazmatik çekirdek, dış dünyayla senkronize halde kalmak için saatte küçük ayarlamalar yapan dış etkilere yani *Zeitgeber*'lere duyarsız hale gelmiş veya onlardan bağımsız çalışmaktaydı.

24 saat dışı ritim bozukluğu, başka yönlerden sağlıklı kişilerde oldukça ender görülmekle birlikte, tümüyle kör kişilerde çok daha yaygındır. Bunun nedenini anlamak kolay. Görüş tümüyle kaybolduğunda sirkadiyen ritmi etkileyen en önemli unsur olan ışık, bir girdi olarak sirkadiyen çekirdeklere hiçbir şekilde ulaşamaz. Fiziksel etkinlik veya yemek yeme gibi başka *Zeitgeber*'lerin etkisi, ışığın yokluğunda katlanır. Gözün arkasındaki retina gangliyon hücrelerinden bu iş için özelleşmiş retinohipotalamik lifler aracılığıyla uzanan sinir yolu artık bütünlüğünü yitirmiştir. Aslına bakılırsa, ışık algısını tümüyle kaybetmiş hastaların yarısı ila üçte ikisi, belirli bir sirkadiyen ritim bozukluğuyla tutarlı sorunlardan yakınır. Yakın geçmişte yapılan bir çalışmada, tam anlamıyla kör bireylerin yüzde 40'ının 24 saat dışı bir ritme sahip oldukları ortaya çıkmıştır. Vincent gibi normal görüşe sahip kişilerde ise bu durum son derece ender ortaya çıkar ve yeterince anlaşılabilmiş değildir. Bildiğimiz bir şey varsa, o da bozukluğun genellikle onlu yaşların başlarında belirdiği ve erkeklerde çok daha sık görüldüğüdür.

İçsel saat beyin üzerindeki etkisini büyük ölçüde melatonin adı verilen hormon aracılığıyla gösterir. Bu hormon, beyin merkezinin derinliklerine oturmuş ve küçücük bir çam kozalağını andıran bir yapı olan epifiz bezi tarafından salgılanır. René Descartes bu küçük yapıyı "ruhun tahtı" olarak betimlemiş olsa da, epifizin rolü önemli olmakla birlikte, gerçekte bu kadar görkemli değildir: Suprakiazmatik çekirdeğin etkisi altında, döngüsel bir örüntüyle seri bir melatonin üretimi gerçekleştirir.

Normal bir uyku/uyanıklık örüntüsüne sahip kişilerde melatonin düzeyi akşamın erken saatlerinde yükselmeye başlar, geceleri bu

yüksek düzeyi korur ve uyanmanın birkaç saat öncesinde de yeniden düşüşe geçer. Melatonin, beynin geri kalanına uyku zamanının geldiğini bildiren bir kimyasal sinyal işlevi görür. Bu süreçte etkisini yalnızca beyinde değil, böbrekler, bağırsaklar, kalp, akciğerler, deri ve üreme organlarında da yaygın biçimde dağılmış bulunan melatonin reseptörleri üzerinde gösterir. Dolayısıyla kandaki melatonin düzeyinin yükseliş ve düşüşünü incelemek yoluyla, kişinin sirkadiyen ritmini ve döngüsünün uzunluğunu izlemek mümkündür. Ancak mesele bu kadar basit değildir, çünkü akşamları gerçekleşebilecek ani bir ışık parlaması, uykudan önceki bu melatonin artışını bastırıp geciktirebilir. Sonuç olarak, çevresel faktörler de bu hormondaki artış ve azalmaları önemli düzeyde etkileyebilir.

Bir kişinin içsel saatini çözümleyebilmek için, o kişinin sabit bir loş aydınlatma ortamında tutulması gerekir; öyle ki ortamdaki ışık görmeye izin verecek parlaklıkta, ama epifiz bezinden melatonin üretimini etkilemeyecek kadar da loş olmalıdır. Görme yetisine sahip ama 24 saat dışı ritim bozukluğu yaşayan kişilerde bu melatonin örüntülerinin incelenmesi, uyku örüntülerinin içsel etkenlerle ortaya çıktığını doğrulamış durumdadır. Bu kişilerde saptanan ortalama döngü uzunluğu olan 25,2 saat, çoğu kişi için geçerli olan 24,2 saatten epeyce fazladır. Dolayısıyla sorunun en azından bir kısmı, normalden bu ölçüde sapmış bir döngü uzunluğunda yatıyor, ışık ve diğer *Zeitgeber*'lerin etki gücü ise böylesine büyük bir aykırılığı düzeltmeye yetmiyor olabilir.

Bir başka olasılık da, ışığın etkilerine karşı gelişmiş olabilecek duyarsızlıktır. Suprakiazmatik çekirdek, görüşünü kaybetmiş kişilerde olduğu gibi, retina gangliyon hücrelerinin gönderdiği sinyallere karşı kör olabilir. Vincent'tan örnek verirsek, uyku sorunlarının kış aylarında ciddi biçimde kötüleşmesi, daha düşük ışık şiddetiyle doğrudan ilintili olabilir. Bununla birlikte, melatonin salgılanmasında ışığın düşük etki gösterdiğine ilişkin bir bulgu bu hastalarda ortaya çıkmadığı gibi, retina gangliyon hücrelerinde azalmış duyarlılık da şu âna kadar kanıtlanmamıştır.

Anlaşıldığına göre, 24 saat dışı ritim bozukluğu bulunan kişilerle gecikmiş uyku fazı sendromu tanısı almış kişiler arasında bazı ortak

noktalar vardır. Doğal ritim her iki bozuklukta da normal bireylerdekinden biraz daha uzundur. Bunun yanında, sirkadiyen saati tanımlayan genlerle ilgili çözümlemeler, *PER3* olarak bilinen bir genin varyantlarının, her iki uyku örüntüsüyle de ilişkili olduğunu göstermiştir. Öyleyse durum belki de şöyle açıklanabilir: Ritminiz 24 saatten biraz daha uzunsa, geç kalma eğiliminde olabilirsiniz; ancak bu ritim er veya geç *Zeitgeber*'lerin etkisiyle dengelenecek ve gecikmiş uyku fazı sendromu ortaya çıkacaktır. Ama ritminiz çok uzun ve açılan ara da *Zeitgeber*'lerce düzeltilemeyecek kadar büyükse (ya da *Zeitgeber*'ler pek de iyi çalışmıyorsa) sonuç, Vincent'ta olduğu gibi "başıboş" bir saat olacaktır. Bu şimdilik bir varsayım ve henüz kanıtlanmamış durumda. Ancak, gecikmiş uyku fazı sendromu bulunan kişiler arasında, uyku/uyanıklık örüntülerine müdahaleden sonra 24 saat dışı ritim bozukluğuna geçiş yapan birkaç vaka olması ilginçtir.

Kronoterapi, gecikmiş uyku fazı sendromundan yakınan kişilerin dünyayla yeniden senkronize hale gelebilmeleri için, yatma zamanını her gün belirli bir süreyle geciktirmeyi içeren bir uygulamadır. Bu uygulamanın dayandığı mantığa göre, fazladan birkaç saat uyanık kalmak, vücudu erken yatmaya zorlamaktan daha kolaydır. Uyku örüntünüzü hiç aksatmadan ileriye ittiğinizde, zamanlamanız er veya geç herkesinkine uyum sağlayacaktır. Ancak öyle anlaşılıyor ki, bu uygulama sirkadiyen saati de sınırlarına kadar zorlayıp, 24 saat dışı ritim bozukluğunda görülen kontrol kaybına nadiren de olsa yol açabilir. Vincent'ın durumuna bakarsak, uyku döngüsünü ilk bozan unsurlar, geçirdiği kalça ameliyatları ve izleyen iyileşme süreci olabilir.

*

Kendi vücut saatinize karşı koymanın bazı etkileri ortadadır. Uykululuk hali ve insomni kadar, bilişsel beceriler, tetiktelik ve dikkat üzerindeki olumsuz etkiler de barizdir. Ardışık üç gece nöbetinin ardından, iş istasyonu başında kısa süreyle uyuyakalan bir hemşire, hastane servislerinde az rastlanan bir görüntü değildir. Tembelliğin bir yansıması değil, altta yatan sirkadiyen ritimlerin doğrudan bir sonucudur bu. Sirkadiyen ritmin ergenlerde gösterdiği doğal kaymanın

etkilerinden dolayı, ortaokullarda eğitimin daha geç başlaması gerektiğini ileri süren bazı biliminsanları ve eğitimciler bile olmuştur. Onlara göre, aksi halde sirkadiyen ritimlerinin dayattığından daha erken uyanarak uykusuz kalacak olan gençler böyle bir düzenlemeyle azami potansiyellerini yakalayabilirler.

Bununla birlikte, sirkadiyen saatteki süreğen aksaklıkların kapsamlı ve uzun süreli sonuçları olabileceğini anlamaya başlamış bulunuyoruz. Bunun etkilerini kavramak için, uzun dönemlerle vardiyalı işlerde çalışan kişilerin sağlık durumlarını incelemek iyi bir başlangıç noktası gibi görünüyor. Yirmi yılı aşkın bir süredir olası risklerden bazılarının farkındayız. Norveçli telsiz ve telgraf operatörlerinde meme kanseri oranlarının daha yüksek olabileceğini ileri süren 1996 tarihli bir çalışmanın bulguları, başka çalışmalarla da birkaç kez doğrulandı örneğin. Vardiyalı çalışanlarda daha yüksek kolorektal kanser ve prostat kanseri riskine işaret eden kanıtlar da bulunuyor. Dünya Sağlık Örgütü'nün, olası karsinojenler listesine "sirkadiyen bozukluklar" maddesini de eklemesini, Danimarka hükümetinin ise meme kanserine yakalanmış vardiya çalışanlarına tazminat ödemesini sağlayacak ölçüde sağlam bu kanıtlar. Bunun da ötesinde, vardiyalı işlerin mide-bağırsak hastalıkları, kalp-damar hastalıkları ve diyabetle de ilişkili olduğu düşünülüyor.

Peki ama vardiyalı çalışanlar neden bazı kanser türlerine daha fazla yakalanıyor? Bu konudaki hipotezlerden biri, bu kişilerin geceleri ışığa maruz kalmalarına odaklanıyor. Daha önce de söz ettiğimiz gibi, geceleri ışığa maruz kalmak epifiz bezinde melatonin üretimini baskılar. Öte yandan bazı tahminlere göre melatonin, bir hormon olarak üstlendiği rolün ötesinde (oksijen metabolizmasının, DNA hasarına yol açarak kişiyi kansere yatkın hale getiren zehirli yan ürünlerini emmek suretiyle) kanser karşıtı birtakım etkilerde bulunuyor olabilir. Dolayısıyla, geceleri düzenli olarak ışığa maruz kalarak, kansere direncimizi düşürüyor olabiliriz. Tam körlük yaşayan insanların meme kanserine yakalanmaları olasılığının, normal görüşlü kişilere göre daha düşük olduğu gerçeği bu varsayımı destekler. Mutasyonla meme kanserine yatkın hale getirilmiş mutant farelerle yapılan bir deney, sirkadiyen ritimleri bozulan farelerde tümör gelişme-

si olasılığının daha fazla olduğunu göstermiştir. Ama işleri karıştıran birçok potansiyel etken de vardır.

Uyku yoksunluğunun başlı başına iştahta değişimlere neden olarak kilo alımını teşvik ettiğini biliyoruz, ki bu da meme kanseri için bir risk faktörüdür. Ayrıca vardiyalı işler, sigara kullanımına ya da egzersizin azalmasına kapı aralayarak, sağlıksız bir yaşam biçiminin benimsenmesi olasılığını yükseltiyor olabilir. Bunun yanında, çok yakın geçmişte yapılan bir araştırma, simüle edilmiş vardiyalı çalışmada geçirilen üç günün bile, beyin ve başka organlardaki sirkadiyen saatlerin senkronizasyonunu bozmaya yettiğini göstermiştir. Bulgulara göre, beynin sirkadiyen saatinin suprakiazmatik çekirdekteki belirteçleri görece kararlı kalmakla birlikte, besinlerin parçalanma ürünlerinin düzeyinde ciddi değişimler ortaya çıkmıştır. Beynin ritimleri ve vücuttaki başka 24 saatlik döngüler, normalde sıkı bir regülasyonla birbirleriyle uyumlu çalışırlar; yani birbirlerine göre hizalanmışlardır. Dolayısıyla bu hizalanmanın bozulması, besin metabolizması ürünlerinin işlenme sürecini ciddi biçimde etkileyerek, diyabet, obezlik ve başka tıbbi sorunların ortaya çıkmasına neden olabilir. Bunun da ötesinde, vücudun çeşitli fizyolojik süreçlerinin ritimleri arasındaki bu uyuşmazlık, hücre çoğalması ve DNA onarımının da zarar görmesine, dolayısıyla kanser riskinin artmasına yol açabilir. Bozuk sirkadiyen ritimler ile sağlık sorunları arasındaki ilişkinin altında yatan mekanizmaların doğası tümüyle aydınlatılamamış olsa da, bu ilişkinin bizim için kapsamlı sonuçları olduğu açıktır. İç ortam ışığına maruz kalmak ve gecenin geç saatlerine kadar elektronik cihazlar kullanmakla, kendimize uzun dönemde zarar veriyor olabilir miyiz sözgelimi?

*

Çocuk hastalıkları uzmanı tanı koyduğunda, Vincent ve annesi kendilerini karışık duygular içinde bulmuşlardı. Vincent tanı karşısında moralinin epey bozulduğunu hatırlıyordu: "Bunun kronik bir bozukluk olduğunu, hayatımın sonuna kadar öyle veya böyle bununla yaşayacağımı kabul etmek kolay değildi. Böyle bir şeyi kavramakta zorlanıyor insan." Ancak buna bariz bir rahatlama duygusu da eşlik

etmekteydi. "Tanıdan önce, bana ne olduğu konusunda emin değildim. Yaşadıklarımın psikosomatik kökenli olduğunu düşünenler de vardı."

Dahlia'nın söyledikleri de buna çok benziyordu. Beklediği bir şeydi bu: "İçten içe biliyordum. Ama tanı konduğunda rahatladım da aynı zamanda, çünkü en azından artık Vincent'ın bunları uydurmadığından eminim. Vincent tembel bir çocuk değil, elinden geleni de yapıyor. Ama işin üzücü bir yanı da var elbette, çünkü bununla başa çıkması gerekecek."

Tanının bazı avantajlar sağladığı açıktı. Vincent okulu bırakmış olduğu halde, sonradan ortaokulda girdiği sınavlarda çok yüksek notlar almıştı. Tıbbi bir tanıya kavuşmuş olması sayesinde, özel ihtiyaçları olan çocuklara yönelik bir okula girmiş ve okulun sağladığı esneklik, potansiyelini neredeyse tam olarak kullanabileceği bir noktaya gelme olanağı tanımıştı ona. Vincent artık derslerin yanı sıra antrenmanlara da katıldığı bir boks akademisine devam ediyordu.

Bu tanı, tedavinin başlamasına da vesile olmuştu.

Gecikmiş ya da erken uyku fazı sendromu tanısı almış kişiler, yani sırasıyla aşırı uçtaki "gece kuşları" ve "erkenci kuşlar" için, sıkı bir uyku programı izlemenin yanında iki temel tedavi yaklaşımı vardır.

Epifiz bezinin sirkadiyen saate sinyal vermek için ürettiği bir kimyasal olmanın ötesinde, melatonin bu saati doğrudan da etkileyebilir. Melatoninin de suprakiazmatik çekirdek üzerinde geribildirim etkisi gösterebilmesi, onu başlı başına bir *Zeitgeber* durumuna getirir. Dolayısıyla kişiye melatonin verilerek, saatinin ileriye ya da geriye alınması mümkün olur.

Diğer seçenekse, ışık ayarlamaları yapmaktır. İnsanları bir ışık kutusu aracılığıyla çok parlak bir ışığa maruz bırakmak, saatin kaymasına yol açabilir. Doğal güneş ışığının bir benzerini oluşturan bu ışık kutuları mavi ışık bakımından çok zengindir, ki anlaşıldığı kadarıyla retina gangliyon hücreleri üzerinde en büyük etkiye sahip olan ışık budur.

Bununla birlikte, melatonin ve ışığın sirkadiyen saat temelinde zamanlanması büyük önem taşır. Bu iki unsur, sirkadiyen döngünün hangi aşamasında verildiklerine bağlı olarak tümüyle ters etki de

gösterebilir. Normal yatma zamanından bir-iki saat öncesinde maruz kalınan parlak ışık, yatma zamanını iki saate kadar geciktirebilirken, aynı parlak ışığı sabah uyandıktan sonra almak yatma zamanını yaklaşık otuz dakika erkene çeker. Benzer biçimde, melatonini akşamın erken saatlerinde almak daha erken yatmaya, sabah almak da yatma zamanının gecikmesine neden olur. Uyku getirebildiğinden, uygulamada melatonini sabah almayı nadiren öneririz. Bununla birlikte, alınan küçük dozların pek uyku getirmeksizin sirkadiyen saatte kaymaya neden olabileceğini gösteren deliller de vardır.

Elbette Vincent ve onun durumunda olanlarda melatonin ve ışık zamanlamasını ayarlamak için temel alınabilecek değişmez bir ritim yoktur. Ancak bu tedavileri, sirkadiyen ritmi sabitlemek için kullanabiliriz. Nitekim biz de, Vincent'ın suprakiazmatik çekirdeğini düzenli olarak akşamları alınan bir melatonin dozuyla, retina gangliyon hücrelerini de gündüzleri alınan bir parlak ışık dozuyla besleyerek, sirkadiyen ritminin dış dünyayla biraz daha senkronize çalışmasını sağladık. Bu program kusursuz olmamakla birlikte, bariz bir gelişme sağlamış durumda. Vincent'ın zamanlaması, özellikle de kış aylarında hâlâ biraz kayabiliyor, ama tedavi yine de yaşamında ciddi bir fark yarattı.

"Şu anda yüksekokula devam ediyorum ve şimdilik derslere de çoğunlukla girebiliyorum. Her şey yolunda. Ama kendimi her zaman yüzde yüz verebildiğimi söyleyemem," dedi Vincent son görüşmemizde. Anlattığına göre geceleri saat on bir civarında yatıyor ve sabahları altı buçukta kalkıyordu; üstelik bu döngü oldukça sabitti. Son haftalardaki devamsızlığı yalnızca birkaç günden ibaretti. Ancak ritminin düzenliliğini korumak için uyguladığımız stratejiye rağmen ara sıra ritim kaymaları yaşayabiliyordu. "Uyku örüntüm raydan çıkıp onu yeniden kazanmam zorlaşınca, ertesi gün uyanık kalıyor, gece de uyumayıveriyorum. Sonra yine normal bir zamanda uyumaya başlıyorum. Böylece birkaç hafta beklememe gerek kalmadan, daha hızlı bir şekilde uyku örüntümü geri kazanıyorum. Gerçi her seferinde yüzde yüz işe yaradığı söylenemez."

Ona boksun nasıl gittiğini sorduğumda şöyle yanıt verdi: "Performansım epeyce tutarsızlık gösterebiliyor. Dolayısıyla bazen diğer

günlere göre çok daha yavaş oluyorum veya [dış dünyayla senkronize değilsem] tam gereken tepkiyi veremeyebiliyorum. Hız ve güç kazanarak telafi etmeye çalışsam da bazen zorlanıyorum."

Geleceği hakkında ne düşündüğü, kendine nasıl bir kariyer biçtiği konusunda da çene çaldık biraz. "Bilmiyorum," dedi. "Tam anlamıyla uyum sağlamamın çok zor olacağı kesin. Fazla seçeneğim yok. Belki de serbest meslek ya da benzer bir şey seçerim. Kendi kendime çalışabileceğim bir iş yani."

*

Vincent'ın deneyimleri vardiyalı işlerde çalışanlara ya da düzenli olarak yolculuk yapanlara tanıdık gelecektir. Sirkadiyen döngünüzün aksaması rahatsız edici bir durumdur. Asistanken pazartesi günleri, sözgelimi bir inme hastası için çağrıldığım hastaneye sabahın üçünde yaptığım araba yolculuklarını hatırlıyorum da... Sersem gibi hissederdim kendimi; midemde hafif bir bulantı olur ve tümüyle sağlıklı düşünemezdim. Üstelik, dünyanın en kalabalık kentlerinden olan Londra'nın merkezindeki sokaklardan geçerken, yalnız başıma olduğum duygusuna kapıldığımı, yaşadığım o güçlü soyutlanmışlık hissini çok net hatırlıyorum. Dünyadan kopmuş gibi hissederdim. Kentte benim dışımdaki neredeyse herkes yataklarında kıvrılmış yatarken, ben sınırları ihlal ederek günün uyanık olmamam gereken bir zamanına geçiş yapıyor olurdum.

Nihayetinde sosyal varlıklarız hepimiz. Sirkadiyen ritimlerimiz bakteriyel atalarımızdan gelmiş ve bizi gün ışığında uyanık, karanlıkta da uykuda tutacak şekilde evrilmiş olsa da, benim asıl ilginç bulduğum, bunların bir toplumsal grup olarak senkronize olmamızda, benzer ritimlerle yaşamamızda oynadıkları önemli rol. Bu sayede hepimiz aynı zamanlarda yiyor, çalışıyor, oyun oynuyor ve uyuyabiliyoruz.

Bu sirkadiyen saat hem bir tür hem de bir toplum olarak yaşamlarımızı birbirine bağlıyor; öyle ki, saatimizi kaybettiğimizde dünyadan soyutlanıyoruz; ailemiz, dostlarımız ve iş arkadaşlarımızla olan bağlantılarımız kopuyor.

Ancak Vincent'ın durumuna bakarsak, işini bırakmak ya da dünyanın bir köşesinden diğerine daha az uçmak gibi bir çözüm yolu onun için geçerli değil. Bu, onun için değişmeyen ve doğal bir varoluş biçimi. Ufukta çıkış umudunun olmadığı bu ayrıksılığın –yaşamını herkesinkinden farklı bir ritimle sürdürmeye mahkûm olduğu bir yalnızlığın– durumunun bütün diğer yönlerinden daha acı verici olabileceği düşüncesi beni derinden sarsıyor.

2
Gecenin Sessizliğinde

YETMİŞLİ YAŞLARINDAKİ Jackie, kır saçlı, yumuşak ses tonlu ve her an gülmeye hazır bir kadındı. Başta güneybatıya özgü olduğunu düşündüğüm, ama sonradan Kanada'da büyümüş olmasından kaynaklandığını anladığım yumuşak bir aksanla konuşuyordu. Bana motosikletiyle yaptığı bir gece gezintisinden söz etti.

Kendisi, ayışığında yaptığı bu gezintiyle ilgili hiçbir şey hatırlamıyordu. Motosikletin yanı sıra, uykusunda araba kullanmışlığı da vardı. Tanığı olmadığından, bütün bunları –giyinmeyi, birkaç kilometre motosiklet ya da araba kullanmayı, soyunmayı ve tekrar yatağa girmeyi– yataktan kalktığından bile en ufak bir haberi olmadan yapıyordu. Son derece kaygı verici ve neredeyse inanılmaz bir durumdu bu. Olanları hekimine anlatmış ve o da kendisine, yüksek güvenlikli bir psikiyatri servisine yatmasını önermişti. Pek de cazip gelmemişti bu fikir Jackie'ye. Ve işte bu nedenle de kendini benim kliniğimde oturur bulmuştu.

Bir başka uyku hekiminin yazdığı sevk mektubunun rutin bir havası vardı: "Sevgili Guy, uyurgezerlik ana şikâyeti temelinde daha önce muayene edilmiş olan bu bayanı bir de sen muayene edersen çok sevinirim. Bu sorunla oldukça iyi başa çıkabilmiş gibi görünüyor ama yine de epeyce aşırı uçlarda yaşamış bu durumu." Göründüğü yerel hastanede yapılan uyku incelemesinde, gece uykusu sırasında nefes alıp verişiyle, ayrıca beyin dalgalarıyla ilgili birtakım sorunlar olabileceği düşünülmüştü. Ama şurası kesin ki, hiçbir şey Jackie'nin an-

lattığı o "epeyce aşırı uçlardaki" uyurgezerliğe hazırlayamazdı beni.

Önce pek inanasım gelmedi. Bu düzeyde "uyurgezerlik" yaşayan hastalarımın çoğunda, sorunlarının psikiyatrik veya psikolojik temelli olduğu ortaya çıkmıştı. Birkaç yıl önce gördüğüm ve uykusunda boğazını ve bileklerini mutfak bıçağıyla kesen kadın, bu kişilerden biriydi; el çantası ve anahtarlarıyla evinden çıkıp 13 kilometre yalınayak yürüdükten sonra bulunan İrlandalı genç kadın da öyle. Jackie'nin, hikâyesini sıradan bir şeymiş gibi anlatması ve gece davranışlarının aşırılığı konusunda başlangıçta gösterdiği bariz umursamazlık, kuşkularımı hiç de hafifletmemişti. Ancak sorunlarının geçmişi hakkında daha fazlasını öğrendikçe, uykusunda motosiklet ve araba kullanmasının ardında yatanlar hakkında giderek daha çok ikna olmaya başlamıştım.

Jackie'nin sorunları tanışmamızdan onlarca yıl önce başlamıştı. Birleşik Krallık'ta doğan Jackie Kanada'da büyümüş ve uyurgezerliği de ilk kez burada bariz hale gelmişti. Gecenin ortasında yaptıklarını şöyle anlatıyordu: "Merdivenlerden oturma odasına iner, kapıyı açar ve annemle babamın bulunduğu odanın kapı aralığında öylece dikilirdim. Annemin ödü patlardı, ama babam elimden tutar, beni yukarı çıkarıp yatağa yatırır, mesele de böylece kapanırdı. Sonuçta, bunu neredeyse yürümeye başladığımdan beri yapıyordum."

Jackie'nin geceleri sergilediği bu tuhaf davranışlar, bir izci grubuna katılmasıyla sorun olmaya başlamıştı. Jackie ile aynı çadırı paylaşmak için herkesin sıraya girmediğini söylemeye gerek yoktur sanırım. Kanada'nın el değmemiş doğasının ortasındaki uyku davranışları, özellikle talihsiz denebilecek türdendi. "Uyurken homurtuya benzer sesler çıkarırdım. Ama hiç de alçak sesli değildi bu homurtu. Bir keresinde izci grubundaki diğer çocuklar bir ayının saldırıya geçtiğini sandılar. O kadar uzun ve o kadar yüksek sesle kükremiştim ki, ödleri patladı ve beni bir daha yanlarında istemediler." Jackie, bu gezileri düzenleyen yetişkinler için de tam bir baş belası haline gelmişti. "Gecenin köründe kalkıp nehre iniyor ya da ormana dalıyordum. Benimle başa çıkamadılar ve sonunda ailem beni oradan alıp eve götürmek zorunda kaldı." Bunları bana anlatırken gülüyordu; ama ben bütün bunların çocukluğunda onu korkunç biçimde etkile-

miş olabileceğini, hatta belki de toplumdan bir ölçüde soyutlanmasına neden olduğunu düşünüyordum.

Jackie'nin gece davranışlarından bazıları bir anne veya babaya çok aşina gelebilir. Uyurgezerlik ve ilgili sorunlar çocuklukta son derece yaygındır. Çocuklardan ziyade anne babalarını en fazla hırpalayan sorun da, çocuğun gecenin ortasında çığlık çığlığa bağırdığı ve ağladığı, ardından uyuyakalıp, hiçbir şey hatırlamadan uyandığı uyku terörü (uykuda korku) bozukluğudur. Bu tür sorunlar REM-dışı parasomniler olarak adlandırılır, çünkü uykunun rüya görülmeyen çok derin evresinde ortaya çıkarlar. Bir çocuğu derin bir uykudan uyandırmaya çalışmak da büyük olasılıkla uykuda konuşmaya, hatta uyurgezerliğe yol açacaktır.

Ancak uyurgezerliğin yetişkinliğe kadar sürmesi, daha ender (insanların yaklaşık yüzde 1-2'sinde) görülen bir durumdur. Jackie de bu kişilerden biriydi. Uyurgezerlik nöbetleri, Birleşik Krallık'a geri döndüğü yetişkinlik yıllarına kadar sürmüş, dönüşünden kısa süre sonra da farklı bir yola girmişti. Yaşlıca bir kadının evinde kaldığı sırada bir gün kahvaltıya indiğinde, evsahibesi onu şaşırtıcı bir soruyla karşılamıştı: Jackie'nin gece nereye gittiğini sormuş, Jackie de dışarı çıktığını inkâr etmişti. "Motosikletinle gittin üstelik," diye yanıtlamıştı onu kadın. Hatırladığı kadarıyla Jackie bu yanıt üzerine tam bir şok yaşamış ve kafası da oldukça karışmıştı. Kendisine söylenenleri anlamakta yaşadığı güçlüğü tahmin etmek zor değil. Kendi gözünden, gece her zamanki gibi yatmış, sabah da her zamanki gibi kalkmıştı. Evsahibesine hemen başında kaskının olup olmadığını sormuştu. "Evet. Merdivenlerden paldır küldür inerken kaskını da almıştın. Sonra da çıktın gittin," demişti kadın ve Jackie'nin dışarıda 20 dakika kadar kaldığını eklemişti. Başka ipucu da yoktu ortada, çünkü Jackie motosikletini tam olarak aldığı yere bırakmıştı.

Motosikletiyle bu şekilde birkaç gece daha çıktıktan sonra, Jackie aracın anahtarını evsahibesine emanet etmiş ve bir süre sonra da motosikleti satmıştı. Hâlâ özlüyordu BSA 250'sini: "Harika bir motosikletti! Gelişini kilometrelerce öteden duyardınız." Ona motor sesiyle uyanmamış olmasının şaşırtıcı olduğunu söylediğimde, "Öyle gerçekten de, değil mi?" diye yanıtladı beni.

*

Peki tıp bilimleri Jackie'nin durumunda olup bitenleri –derin uykudayken yürüme, kükreme, hatta motosiklete binme gibi karmaşık davranışları– nasıl açıklıyor? Yunus, fok ve kuş gibi belirli hayvanların, beyinlerinin yalnızca bir yarısını kullanarak uyuyabildiklerini ve böylece uyurken yüzmeye ya da uçmaya devam edebildiklerini yıllardır biliyoruz. Buna "tek yarımküreli uyku" adı verilir. Sucul memeliler elbette nefes alabilmek için yüzmek ve su yüzeyine çıkmak zorundadırlar. Ancak bizler gibi onların da uyumaları gerekir ve bu hoş evrimsel numara da, zorunlu işlevleri yerine getirirken boğulmalarını önler. Ayrıca evrimsel açıdan derin uykunun önemini de vurgular: Derin uyku öyle çok da yararlı bir amaca hizmet etmeseydi, tek yarımküreli uyku neden gerekli olsundu ki?

Öte yandan insanlarda tek yarımküreli uyku görülmez. Uyku eskiden ya "açık" ya da "kapalı" olan beyinsel bir durum olarak düşünülürdü: Ya uyanıktınız ya da uykuda. Arada başka bir şey yoktu. Ancak son yıllarda durumun böyle olmadığını öğrendik. Derin uyku ve tam uyanıklık bir yelpazenin iki ucunda yer alır ve her ne kadar akla aykırı gelse de, iki durumu aynı anda yaşamamız mümkündür.

Hastalar üzerinde yaptığımız uyku çalışmalarında olduğu gibi, başa yerleştirilen elektrotlar aracılığıyla beyin dalgalarını izlerken, beynin her tarafında görülen senkronize elektriksel etkinlikler bizim için derin, REM-dışı uykunun göstergesidir. Bu etkinlikler "delta" dalgaları adı verilen yavaş ve yüksek genlikli dalgalarla ortaya çıkar. Ancak uyurgezerlikte görüntü çok farklı olabilir. Kimi zaman, tümüyle uyanık bir beyindeki etkinliği oldukça andıran beyin dalgası etkinliklerinin bu yavaş dalgaların arasına karıştığını görürüz. Bu durum uyanıklık ve uyku süreçlerinin aynı anda işliyor olabileceğine işaret eder. Başa yerleştirilen elektrotlar, beyin içinde olup bitenlere ancak sınırlı bir bakış atmamızı sağlar. Bir odanın içine anahtar deliğinden bakmak gibi bir şeydir bu. Görüntünün tamamına hâkim olmak imkânsızdır. Bu tekniğin sağladığı bilgi, sadece beynin yüzeye yakın bölgelerinde olup bitenlerle ilgilidir; merkezdeki etkinlikler hakkında hiçbir şey söylemez size.

Ancak beyne bakmanın farklı yolları da vardır. 2000 yılında İsviçreli araştırmacılar, SPECT adı verilen teknikle uyurgezerlik sırasında ortaya çıkan beyin etkinliklerini yakalamayı başardılar. Radyoaktif olarak işaretlenmiş bir kimyasal olan radyonüklidin vücuda enjeksiyonunu içeren bu teknik, bize bir organın yapısından çok etkinliği hakkında bilgi verir. Enjekte edilen radyonüklit "boya", kan akışının en yoğun, yani etkinliğin en fazla olduğu bölgelerde toplanır. Bir zamanlama başarısı olarak nitelendirilebilecek bir çalışmada, araştırmacılar, uyurgezerlik olayının başlamasını izleyen 24 saniye içinde radyonüklit enjeksiyonunu gerçekleştirebildiler. Uygulamanın öznesi, haftada birkaç kez uyurgezerlik yaptığı bilinen on altı yaşında genç bir erkekti. Asıl etkileyici olan, bütün bunların gencin bir SPECT tarayıcısı içinde uzandığı sırada yapılmış olmasıydı; böylece radyoaktif maddenin beynin hangi bölgesinde yoğunlaştığını anlayabileceklerdi. Bu tarama görüntüsünü derin uyku sırasında alınan bir diğer görüntüyle karşılaştırdıklarında çarpıcı bir şey keşfettiler. Uyurgezerlik nöbeti sırasında, beynin posterior (arka) singulat korteks adı verilen bölgesi oldukça etkinken, frontopariyetal korteks bölgesinin etkinliği ise uyanıklık durumuna kıyasla önemli ölçüde düşüktü. Bütün bunlar özünde, beynin küçük bazı alanları uyanıkken, diğerlerinin uyumayı sürdürdüğü anlamına gelmekteydi. Yüksek etkinlik düzeyine sahip bölgeler –özellikle de singulat korteks– güçlü duygularla ilişkili davranışların denetiminden sorumludur. Buna karşılık, etkinliklerinin düştüğü gözlenen frontopariyetal korteks –özellikle de prefrontal korteks– planlama, akılcı düşünce ve kişilikle ilişkilidir. Uyurgezerliğin içerdiği bu örüntü akla son derece uygundur. Uyurgezerlik davranışının korku unsurları da barındırdığı bu on altı yaşındaki genç için de geçerliydi aynı şey: Uyurgezerlik yaptığı sırada, güçlü duygularla ilgili beyin bölgesi aşırı etkin ve neredeyse uyanıkken, beynin mantık, kişilik ve planlamayla ilgili bölgeleri de derin uyku durumundaydı. Uyku ve uyanıklığın eşzamanlı olarak ortaya çıkabildiği bu ikili beyin durumu, bu tür karmaşık davranışları (uyanıklıkta yararlandığımız akılcı düşünme yetisi devreye girmeksizin dünyayla etkileşime girme becerisini) açıklar gibidir.

Şanslı bir tesadüf sonucu, İtalya'dan bir araştırma ekibi de yirmi

yaşındaki bir erkekte uyurgezerlik ânını "yakalamayı" başardı; ama bu sefer, beyne yerleştirilmiş elektrotlar aracılığıyla. Amaç, epilepsi için yapılması olası bir ameliyata yönelik olarak beyin etkinliklerini izlemekti. İlaca cevap vermeyen epilepsi hastaları için bir seçenek de, nöbetleri tetikleyen beyin bölgesinin alınmasıdır. Ancak bu yöntem nöbetlerin kaynağını tam ve kesin biçimde belirlemeye dayanır. Elektriksel etkinlikleri başın yüzeyinden kaydetme yönteminin getirdiği sınırlamalara bağlı olarak, kafatasına, genellikle de beyin yüzeyine uzanan küçük kablolar yerleştirilir. Bu işlem kimi zaman beynin doğrudan içine yerleştirilen elektrotlarla da yapılabilir. Sözünü ettiğimiz örnekte talihsiz genç, bebekken geçirdiği menenjitin sonucu olarak yedi yaşından beri epilepsi nöbetlerinden muzdaripti. Onun şanssızlığı, bizimse şansımıza, uyurgezerliği menenjit tanısından bile önce başlamıştı ve çalışmalarımız süresince hem epilepsi hem de uyurgezerlik nöbetleri yaşadı. Bir seferinde, doğrudan beynin kendisinden kayıt alan elektrotlar eşliğinde, derin uykudayken yatakta dönmüş, birine sarılmak istercesine kollarını uzatarak bu hayali kişiye bir öpücük kondurmuş, ardından birkaç sözcük mırıldanarak tekrar uykuya dalmıştı. Bu sırada beynin motor bölgesi ve singulat korteksinde bir kez daha uyanıklığa işaret eden elektriksel etkinlikler ortaya çıkarken, diğer bölgeler derin uykuya devam etmekteydi. Görünüşe bakılırsa bu çalışma, birkaç yıl önce yapılan SPECT çalışmasının bulgularını doğrulamaktaydı. Görüntüleme bulgularının, yalnızca beyindeki kan akışı değişimlerinin basit bir sonucu değil, gerçekten de bir uyku durumunun yansımaları oldukları böylece kanıtlanmış oluyordu.

Sonuç olarak uyku, anladığımız kadarıyla bütün beyni etkileyen "küresel" bir fenomen değil "bölgesel" bir olaydır. Beyin bir bütün olarak faaliyet göstermez ve bu sıradışı olaylarda farklı beyin bölgeleri farklı uyanıklık ve uyku durumlarını eşzamanlı olarak sergileyebilir. Bir yunus yalnızca tek bir yarımküreyle nasıl uyuyabiliyorsa, insanlar da beyinleriyle benzer bir durum yaşayabilirler, elbette daha bölgesel bir düzeyde olmak üzere.

*

Alex, şimdi yirmilerinde olan ama çocukluğundan beri uyurgezerlik epizotları yaşayan bir başka hastam. Uzun boylu, düzgün konuşan, uzun saçlı ve küpeli bir genç. Güney Londra'nın hızla seçkinleşmekte olan bir bölgesinde, birkaç kişiyle paylaştığı bir evde yaşıyor. Şu sıralarda bir hayır kurumu için çalışıyor olsa da, niyeti dünyayı dolaşmak. Onunla tanıştığımda, annesiyle birlikte gelmişti kliniğe. Sevk mektubunda şunlar yazıyordu: "Parasomni ile baş etmek için sağduyuya dayalı birtakım adımlar atıyor, buna rağmen yaşadıkları sıklaşıyor ve başının belaya girmesi riski giderek artıyor. Bu nedenle başına talihsiz bir kaza gelmeden kendisini görmeyi kabul ederseniz müteşekkir olurum."

Annesi haklı olarak endişeliydi, ama tıpkı Jackie gibi Alex de olup bitenler konusunda epeyce rahattı. Ne de olsa kendini bildi bileli hayatının bir parçasıydı bu sorun. Uyurgezerliği, yatılı okulda önceleri telaş ve paniğe neden olmuştu: "Okula ilk başladığımda 16 kişilik bir yatakhanede kalıyordum. Kulaklığımın kabloları boynuma dolanmış halde uyuyakaldıktan bir süre sonra uyandığımda, göğsümde bir sıçanın oturduğunu sandım ve 'Sıçan!' diye bağırdım. Yurt odasındaki herkesi böylece uyandırmış oldum. Sıçan falan yoktu ortada tabii, ama herkes dehşete düşmüştü. İlk kez böyle anlamış oldular durumumu."

Gerçi dehşete neden olan bu davranışlar kısa sürede gülme konusu haline gelmişti. Oda arkadaşından şöyle söz ediyordu Alex: "Anlattığına göre bir seferinde uyandığında, çalışma masasının üzerinde olduğumu görmüş, ayaklarımı yemeye çalışan küçücük bir ceylanın ortalıkta koşuşturduğunu söylüyormuşum bağıra çağıra. Önceleri gerçekten ödü patlıyordu. Ama sonra benzer şeyler tekrarlanıp durdukça, durumun komik tarafını görmeye başladı."

Aradan geçen yıllar içinde Alex'in bu REM-dışı parasomnilerinin kapsamı da genişlemişti. Yaşadığı olaylardan bir kısmı gülünçtü gerçekten. Gece dışarı çıktığı bir seferinde, saat iki civarında arkadaşının evine gitmiş ve ardından uyumuştu. Sonrasında ilk hatırladığı şey komşunun ön bahçesinde uyanmasıydı: sabahın beşinde ve iç çamaşırlarıyla. Adamın biri açık bir pencereden bağırmaktaydı ona. An-

laşılan, komşunun evine girmeye çalışmış ve bu arada adamın karısıyla çocuğunu uyandırmıştı. Bir başka olayda ise, Alex tarafından gecenin üçünde uyandırılan kişi yine bir arkadaşıydı. Alex yatağın ucunda çömelmiş, pizza siparişi vermekteydi. Telefon olarak kullandığı nesneyse arkadaşının ayakkabısıydı. Şimdiki ev arkadaşları da Alex'in maceralarıyla ilgili sayısız hikâye anlatıyor, Alex de bunları kabullenmiş bir ifadeyle gülerek dinliyordu. Aradan geçen onca yıldan sonra bunlara alışmış olsa gerekti. Alex'in ev arkadaşlarından Gareth, "Bir keresinde bir bara gitmiştik," diye anlatıyordu. O gece eve döndükten sonra herkes kendi odasına çekilmişti.

Derken bir saat sonra Alex lakayt bir tavırla odama girdi ve yanıma yatıverdi. O sırada uyanıktım ama biraz yorgundum. Onu hafifçe dürterek "Ne oluyor?" diye sorsam da en ufak bir tepki vermedi. Sabah uyandığında "Ne işim var yatağında?" diye sordu bana, sanki yanıtı benim bilmem gerekiyormuş gibi. Sonra bir kez daha oldu aynı şey. Uyandım ve bir baktım ki yine yanımda. Süklüm püklüm duruyordu öyle. "Galiba çırılçıplaksın şu anda, değil mi?" diye sorduğumda, yanıtı "Evet, galiba öyle," oldu. Ertesi sabah arkadaşlardan biri şöyle dedi: "Bir ara biraz çene çalmak için odana girdiğimde yanında biri vardı. Ee, kim bu şanslı kız?" "Aslına bakarsan Alex'ti," diye itiraf etmek zorunda kaldım.

Bir başka ev arkadaşı da şöyle anlatıyordu:

Ben yan odada kalıyordum. [Bir gece] büyük bir gümbürtü koptu ve ardından bir dolu küfür geldi kulağıma. Her şey yolunda mı diye hemen yan odaya koştum ve baktım ki Alex yerde yatıyor. Yaptığı onca şey düşünülürse, neden hâlâ geceleri çırılçıplak yattığını anlayabilmiş değilim bu arada. Bana söylediğine göre, üzerine bir trenin geldiğini sanmış ve ayağa fırlayarak duvara çarpmış. Onca küfrün nedeni de, trenin hâlâ gelmekte olduğunu düşünmesiymiş. Ardından çalışma masasının üzerine zıplamış ve masa da üzerine çökmüş. Bir şeyi olup olmadığını anlamak için odaya koştuğumda, onu kafası feci şekilde karışık bir halde buldum. Artık onun odasının altındaki odada kalıyorum. Bir gece tam üç kez uyandım, çünkü Alex uykusunda şehre bir sirkin geldiğini sanmıştı; güya sirk yöneticisinin bizim tuvaleti kullanması gerekmiş, Alex de ikide bir gidip kapıyı açıyor ve gerçekte orada olmayan birine saçmasapan bir şeyler söylüyordu. Sonunda onu yatağına götürmek zorunda kaldım.

Ancak, Alex'in bazı parasomni nöbetlerinin daha karanlık bir yüzü vardı. Alex gülünç olayları genellikle hatırlamıyor ve ancak arkadaşları yaptığı tuhaflıklarla sonrasında dalga geçtiğinde bunların farkına varıyordu. Asıl farkına vardıkları, genellikle de korku ve öfke olmak üzere, güçlü duygularla ilişkili olaylardı. "Beni duygusal olarak tüketen olayları çok daha fazla hatırlıyorum," diye açıkladı bana. "Uyurgezerlik sırasında yaptıklarımı hatırlamıyorum bile; dolayısıyla paniklediğim zamanlar bunlar değil." Alex'in uykusunu bozan, daha korkutucu olaylardı. Bunlar genellikle dövüşme ya da kaçma ihtiyacıyla (yani "savaş ya da sıvış" tepkisiyle) yoğun biçimde harmanlanmış senaryolarla ilgiliydi. Adrenalin ve otonom sinir sistemi aracılığıyla gerçekleşen bu tepki, tehlike karşısında verilen bu tür yanıtlarla ilgili fiziksel işlevlerin bir sonucudur. Alex'in hatırladığına göre, bu REM-dışı parasomni nöbetlerinin önemli bir bölümü, yataktaki bir yılan, yan dairede patlamak üzere olan bir nükleer bomba ya da yaklaşmakta olan bir tehlikeyle ilgiliydi. "Bir keresinde, bir kızı boğulmaktan kurtarmaya çalışırken parmağımı kırdım. Onu yakalamak üzere fırladığımda, üzerine atladığım şey aslında odadaki dolapmış, bu yüzden parmağımı fena incittim. Birkaç kez pencereden dışarı çıkmaya çalıştığım da oldu, ama son anda kendimi bir şekilde durdurmayı başardım."

Alex'in eski kız arkadaşı Katie de doğruluyordu bunu. Anlattığına göre bu olaylardan çoğu doğal afetlerle ilgiliydi ve Alex onu birçok kere yataktan sürükleyerek çıkarmaya çalışmış, Katie de bu çabaların ortasında uyanmıştı.

> Bir uyanıyorum ki, Alex paniklemiş durumda ayağa fırlıyor. ... Dışarı çıkmaya çalışarak odanın içinde koşturup duruyor. Sonra tabii benim de orada olduğumun farkına varıyor ve beni sürükleyerek yataktan çıkarmaya çalışıyor. O noktada zaten yarı-uyanık durumdayım ve "Alex, Alex!" diye bağırıyorum. Ona ulaşmam epeyce uzun zaman alıyor ama sonunda uyanıyor ve olay kapanıyor.

Ev arkadaşı Gareth, Alex'in kendine zarar verdiği bir başka olayı da anlattı: "İki arkadaşı yer yatağında uyurken Alex sağa sola sıçrayarak kendini yerlere atıyordu, meğer bir helikopterin pervanelerinin dönüş sırasında kopup üzerine doğru uçtuğunu sanarak onlardan

kaçınmaya çalışıyormuş. Sonuncusu üzerine geldiği sırada, çimenlik olduğunu sandığı bir alana balıklama daldı. Tabii gerçekte çimenliğe değil, yataklarında uyuyan iki arkadaşının üstüne atlamıştı. Sabahın dördünde iri cüsseli bir Alex'in üzerlerine iniş yapmasıyla uyandılar. O sırada Alex şöyle diyordu: 'Vay canına! Gördünüz mü helikopteri?'"

*

Alex'in başından geçenlerin birçoğu Jackie'nin yaşadıklarına benziyordu. Uyurgezerlik yaptığı sırada, Jackie'nin uyurken motosiklete binmesinde olduğu gibi, karmaşık eylemler ve çevreyle girilen karmaşık bir etkileşim söz konusuydu: pizza sipariş etmek için arkadaşının ayakkabısıyla arama yapması, ev arkadaşlarının yataklarına yatması, hatta bir keresinde bilinçdışı bir iyi niyetle su bardağı arayışına çıkıp, bardakları suyla doldurup, sonra da uyumakta olan arkadaşlarının başucuna tek tek koyması gibi. Bu olaylar, Jackie için de olduğu gibi farkındalık ve belleğin yokluğunda gerçekleşmişti; muhtemelen önemli olan bir yönleri de duygusal içerik bakımından oldukça nötr sayılmalarıydı. Bu tür REM-dışı parasomniler, durumla ilgili klasik bakış açısını temsil eder. Buna göre, bu tür bir sorunu olan kişiler yaşadıkları bu olayları genellikle hatırlamazlar. Ancak Alex'in bu olaylardan bazılarının kesin olarak farkında olduğu açıktı. Açık olan bir başka şeyse, Alex'in bir biçimiyle rüya da gördüğüydü. Oysa bu olayların REM veya rüya uykusundan değil, REM-dışı uykudan kaynaklandığını söylemiştik. Aslına bakılırsa, son yıllarda rüyaların yalnızca REM uykusunda görüldüğü yolundaki fikirlerin doğru olmadığını anlamaya başlamış bulunuyoruz. Öyle görünüyor ki, REM-dışı uyku sırasında rüya görmek hiç de sıradışı bir durum değil, rüya içeriği her ne kadar farklı olsa da.

REM uykusundan uyandırılan kişilerin anlattıkları rüyalar genellikle öyküsel yapıya sahiptir ve bir kitap ya da filmdeki olay örgüsünü andırır. Aksine, REM-dışı uyku sırasındaki rüyalar genellikle hayvanlar, insanlar ya da cansız nesneleri temsil eden basit görsel imgelere dayanır. Güçlü duygusal uyarımlarla bir araya gelen bu görüntüler sıklıkla korkutucu, hatta dehşet verici hale gelir. Tavanı delip

aşağıya uzanan sivri uçlu kazıklar, duvarlarda gezinen böcekler ya da yatağa girmiş yılanlar bu rüyaların birer ürünüdür. Otonom sinir sisteminin etkisiyle adrenalin düzeyinde gerçekleşen yükselme ise, bunları deneyimleyen kişinin uyanması (bazen kısmen, bazen tümüyle) ve deneyimlerini hatırlaması olasılığının da daha yüksek olduğu anlamına gelir; tıpkı Alex'in korku verici deneyimlerinde olduğu gibi.

Bu "savaş ya da sıvış" tepkisinin kökenine gelince: Uyurgezerlerle yapılan sinirbilimsel çalışmalarda özellikle etkin olduğu belirlenen alanlardan biri ve limbik sistemin bir parçası olan singulat korteks, bu tür deneyimlerin nörolojik temelini oluşturur. Bu alanın doğrudan elektriksel olarak veya bölgede kendiliğinden gelişen epilepsi nöbetleriyle uyarılması, adrenalin düzeyinin artmasına, bu ise Alex'te olduğu gibi, daha zorlu uyku terörü nöbetlerine katkıda bulunur.

*

Sonuç olarak, uyurgezerlik ve REM-dışı parasomniler yelpazesi kapsamındaki sorunlar, beynin çeşitli bölgeleri arasındaki bir uyanıklık-uyku mücadelesini temsil ediyor olabilir. Yelpazenin bir ucunda basit haliyle uykuda konuşma, uyurgezerlik ya da uyku seksi (bkz. 10. Bölüm) yer alır. Bunlarda herhangi bir farkındalık ya da duygu devreye girmese de, doğru cümlelerle konuşma veya hareket becerisi yerli yerindedir. Beynin çok az bölgesi uyanıktır, muhtemelen sadece görmeyi, hareketi ve konuşmayı sağlayanlar. Akılcı düşünme ve bellek işlevleriyle ilgili beyin bölgeleri bariz biçimde derin uykuda gibidir. Yelpazenin diğer ucundaysa, Alex'inkine benzer uyku terörü vakaları yer alır. Duygusal uyaran bunlarda öylesine güçlüdür ki, kişiyi neredeyse tümüyle uyanık olmaya iter. Bu arada beynin büyük çoğunluğu tam kapasiteyle çalışmaktadır (tahminen akılcı düşünme işlevinden bir miktar ödün vererek). Çocuklarda uyku terörü genellikle hatırlanmaz, ki bunun nedeni küçük çocukların çok derin uyuması ve REM-dışı derin uykuda olan bir çocuğu tümüyle uyandırmak için gereken uyarı düzeyinin yüksekliği olabilir.

Peki Jackie'nin uykusunda motosiklet kullanmasını nereye otur-

tacağız? Bu etkinlik sırasında Jackie'nin görme ve tahminen işitme yetisi yerli yerindeydi. Giyinebiliyor, kaskını takabiliyor, anahtarlarını alabiliyor, vites değiştirebiliyor, kaza yapmaktan kaçınabiliyor, eve dönebiliyor ve soyunup yatağa girebiliyordu. Hatta düzgün çalışmadığı aşikâr olan yegâne beyin bölgeleri, bellek ve akılcı düşünmede devreye girenlerdi. Birincisi farkındalık kaybını, ikincisi de genel davranış kalıbını açıklamaktaydı. Öyle ya, akılcı düşünerek kim gecenin bir yarısı kalkıp amaçsız bir motosiklet gezintisi yapar, sonra da eve dönüp yatardı? Öyleyse bu davranış kalıbı, az bir miktar uyanıklık içeren gerçek bir uykuya mı, yoksa beynin küçük bir alanının uykuda olduğu bir uyanıklık durumuna mı işaret etmekteydi?

*

Önce motosiklet anahtarlarını evsahibesine teslim edip, sonunda da motosikleti sat'an Jackie, uyku sorunuyla baş etmede epeyce başarılı olduğunu düşünmekteydi. O zamandan sonra hep yalnız yaşamış, yakın zamana kadar sevgilisi olmamış ve uyurgezerlikle ilgili herhangi bir sorunla karşılaşmamıştı.

Son birkaç yıldır, Sussex kıyısında küçük ve huzurlu bir kasaba olan Seaford'da, denize nazır bir apartman dairesinde yaşamaktaydı. Burada yaşamın akış biçimi ona uygundu; kıyı patikalarını çalılardan kurtarıp bakımlarına katkıda bulunmak gibi işlerde gönüllü olarak çalışmaktan zevk alıyordu. "Seaford gerçekten de yaşanacak yer," dedi bana. "İşte şurada falezleri görüyorsunuz; kireçtaşı kayalıkları da şu tarafta." Apartmanın hemen önündeki çakıl plajında durduğumuz o sırada, sözünü ettiği yerleri bir yandan da parmağıyla işaret ediyordu. Dalgaların çakılların üzerinde yavaşça kırıldığı, martıların başımızın üzerinde bağrışarak uçtuğu bu küçük sessiz kasaba, geceleri baş gösteren bu tür tuhaf olaylar için pek beklenmedik bir yermiş gibi geldi bana. Jackie'nin komşularıyla arası iyiydi, içinde yaşadığı apartman da dostane ilişkilerin hâkim olduğu bir yerdi. Birlikte gemi yolculuğu yaptığı bir arkadaşını saymazsak, uyurgezerlik geçmişini bilen yok gibiydi. Jackie yolculuk sırasında gece saatlerinde gemide dolaşmaya çıkar olmuş ve sonunda anahtar kartını geceleri kamara

görevlisine emanet ederek, ondan kartı sabah altıda kapı altından odaya bırakmasını istemek zorunda kalmıştı.

*

Birkaç yıl önce, dairesinden dışarı çıktığı bir sabah, aynı apartmanda oturan bir çiftle burun buruna gelmişti Jackie. Ona önceki gece bir buçuk-iki civarında ne yaptığını sorduklarında şaşırmıştı. "Uyuduğumu söyleyince, 'Yo, yo, biz gelirken sen de otoparktan çıkıyordun,' dediler bana. 'Epeyce uzaktaki bir tiyatrodan geç bir saatte dönmüştük ki, seni de arabanla çıkarken gördük.'" Başta kafası karışan Jackie herhangi bir yere gittiğini inkâr etmiş, ama kısa süre sonra, olmuş olabilecekler kafasına dank etmişti.

"Peki nereye gittim?" diye sormuştu.

"Sokaktan sola döndün ve gezinti yerine doğru sürmeye başladın."

"Geri dönüşüme tanık oldunuz mu?"

"Hayır, doğrudan içeri girip yattık. Nereye gittiğini merak ettik sadece."

"Hiçbir fikrim yok," diye yanıtlamıştı onları Jackie.

Jackie önceleri uykusunda motosiklet kullandığı gibi şimdi de araba kullandığını fark ederek telaşlanmıştı. Yaptıklarını kafasında bir araya getirince vardığı sonuca göre, yataktan kalkmış, giyinmiş, ön kapının kilidini açmış, arabasını belli bir mesafe boyunca sürmüş, dönüşte aynı noktaya geri vitesle yanaşarak arabayı park etmiş ve tekrar yatağa girmişti. "Nereye gittiğim ya da ne kadar süreyle gittiğim hakkında en ufak bir fikrim yok," diye anlattı bana. "Sabah kalktığımda sıradışı hiçbir şey yoktu ortalıkta." Uykusunda arabayla Seaford sokaklarında dolaşırken kendisine ya da bir başkasına zarar verme olasılığı karşısında endişeye kapılarak, hekiminden bir randevu almıştı. Uyurken araç kullandığı o olayı anlattığında aile hekiminin önerebildiği tek çözüm ise, onu kilit altında tutmak olmuştu. "'Size bir yüksek güvenlikli birim bulmamız gerekecek,' dedi doktor. Ben de 'Hayır, yapamazsınız, ben suçlu değilim,' dedim ve ne yazık ki çıkıp gittim." Çaresizce çözüm arayışına giren Jackie, soruna farklı açı-

lardan yaklaşmaya çalışmıştı. Kısa süre önce, kendisi gibi yetmişlerinde olan Ed ismindeki bir adamla yeni bir ilişkiye başlamıştı. Ed bir sabah uyandığında, gece yatmadan kilitlemiş olduğu kapıyı ardına kadar açık bulmuştu. Belli ki Jackie'nin gece gezintileri onu uyandırmıyordu. Jackie'nin uyku sorunlarıyla ilgili olarak Ed'le konuştuğumda, kafa karışıklığını ele veren bir edayla güldü. Jackie'nin uyurgezerliğine ilişkin kanıtların ancak ertesi sabah bariz olduğu bir-iki olay dışında, Ed geceleri olup bitenlerden büyük ölçüde bihaberdi, çünkü ironik biçimde, onun uykusu da oldukça ağırdı.

Jackie'nin aklına gelen fikirlerden biri, dairenin ön kapısına bir çan takmak olmuştu. "Arkadaşlarımdan biri, sağolsun, şimdi kapı kilidimin üzerinde asılı duran çanı aldı bana. Çanı oraya takmamın nedeni, gece çıkmaya kalkışacak olursam partnerimin çan sesini duyup beni gitmemem gereken bir yere gitmekten alıkoyacağını ummamdı." Bu plan ilkece işe yarayabilirdi, ama ne yazık ki Ed'in uykusu öylesine ağırdı ki, böyle durumlarda kılı bile kıpırdamıyordu. Daha yüksek sesli bir çan ya da zil ise Jackie için bir seçenek değildi. "Benim işimi görecek ses düzeyi, komşularımın da işitebileceği yükseklikte olabilirdi ancak; ve tabii onları bu şekilde rahatsız edemezdim," diye itiraf etti. Birkaç deneme-yanılmanın ardından, Jackie ve Ed sonunda uykuda araba kullanma sorununa bir çözüm bulmuş, bir kasa satın alarak hem apartman kapısının hem de evin anahtarlarını kasada kilitli tutmaya başlamışlardı. Gece kasayı açmaktan korkan Jackie önemli bir önlem daha alarak kasaya bir de saat kilidi takmıştı. Kasa gece için bir kez kilitlendiğinde, sabah altıya kadar açılamıyordu artık. Jackie için bundan öte bir güvenlik önlemi düşünülemezdi. "Bulunduğum katta oturan bir komşuma araba ve kapının yedek anahtarlarını bıraktım. Gece dışarı çıkmamızı gerektiren bir durum ortaya çıkarsa diye..."

Jackie belki gece hâlâ kalktığı halde dairesinden çıkamıyor, belki de gece hiç kalkmıyordur. Bunu kesin olarak bilmek zor. Belki de bilinçdışı bir düzeyde, anahtarların artık elinde olmadığının bir şekilde farkındadır. Ed'in derin uykusuysa, onun bu konuda pek de güvenilir bir tanık sayılamayacağı anlamına geliyor.

İlginç bir nokta olarak, Jackie'ye göre, birkaç yıl önce çıktığı yol-

culukta geceleri gemide dolaşmayı bırakmasının nedeni, kamaradan çıktığında geri dönemeyeceğini bir şekilde bilmesiydi. Bense kamarada kilitli olduğu için çıkamadığını varsaymıştım. Bunun yanı sıra, bana anlattığına göre Seaford'daki dairesinden gecenin ortasında çıktığı bir seferinde, sabah apartmanın ana kapısının bir takozla açık bırakılmış olduğunu görmüştü. Bunu, geri girebilmek için uykusunda yaptığını tahmin ediyordu. Bu gelişme kuşkusuz belli düzeydeki bir farkındalığa işaret etmekte, hatta belki de beyninin büyük ölçüde uyanık olduğu görüşünü desteklemekteydi. Durum bu idiyse, onun da birçok uyurgezer gibi, uyandığında kendisini yorgun hissetmesini beklerdiniz. Ama onun yerine Jackie, yaptığı her şeyden bihaber, kendini dinlenmiş hissediyordu.

*

Sonuç olarak, çok derin uykuyla ortaya çıkan bu tuhaf davranışların nörobiyolojik bir açıklaması vardır. En azından bazı kişilerde, insan beyni aynı anda hem uyanık hem de uykuda olma becerisine sahiptir; öyle ki, farklı beyin bölgeleri eşzamanlı olarak farklı durumlarda olabilir. Aslına bakılırsa bu, sandığımızdan çok daha yaygın da olabilir. Son birkaç yılda, bu karma durumun gün ortasına kadar sürebildiği ortaya çıkmıştır. Anlaşıldığına göre "yerel uyku", yani beynin bütünü yerine yalnızca küçük bazı alanlarını etkileyen uyku etkinliği, tam uyanıklık durumunda kendini göstermektedir.

Uzun sürelerle uykusuz bırakılan sıçanlarda beyin korteksinde, tıpkı derin uykuda olduğu gibi, kısa sürelerle "sessizleşen" nöronların varlığı saptanmıştır. Bu "kapanma evreleri" bazı etkinliklerde hata oranının artmasıyla ilişkilendirilmiştir. Benzer şekilde, uykudan yoksun kalan insan beyni de etkinlik değişimleri sergiler, bazı spesifik uyku bölgeleri kortekste sürekli olarak kendini gösterir, bu da yorgunken gerçekte "yarı uykuda" ya da belki "onda bir oranında uykuda" olduğumuz anlamına gelir. Bu değişimler, sıçanlarda olduğu gibi, bazı etkinlikleri gerçekleştirirken yaptığımız performans hatalarıyla ilişkilidir ve uykusuz kaldığımızda neden kendimizi daha beceriksiz hissettiğimizi de açıklar.

*

Peki neden bazı yetişkinler uyurgezerlik yapar da diğerleri yapmaz? Kısaca yanıtlarsak, bilmiyoruz. Bildiğimiz, uyurgezer yetişkinlerin sıklıkla ailelerinde de uyurgezer bireylerin olduğudur. İkizlerde uyurgezerliğin araştırıldığı bir çalışmaya göre, ikizi uyurgezer olan bir kişinin bu davranışı gösterme olasılığı, tek yumurta ikizlerinde çift yumurta ikizlerine göre daha fazladır. Bu sonuç elbette, genlerimizdeki bir unsurun, bizi uyurgezerlik ve diğer REM-dışı parasomnilere daha yatkın hale getirdiğine işaret eder. Bireylerinden 22'si uyurgezer olan dört kuşaklık bir aile üzerinde yürütülen bir çalışmada, 22. kromozomdaki geniş bir bölgenin bu durumla ilişkili olduğu saptanmıştır. Bu bölge 28 gen içerir, ancak şu âna kadar genetik bir neden belirlenebilmiş değildir. Başka çalışmalarda ise uyurgezerlik ve diğer REM-dışı parasomniler ile, genomun HLA sistemini (bağışıklık işlevlerinde devreye giren bir gen grubu) kodlayan bölgesi arasında bir ilişkinin varlığı saptanmıştır. Bunun uyurgezerlikle nasıl bir ilgisi olduğu ise hâlâ gizemini korumaktadır.

Ancak bu konudaki tek açıklama genetik yatkınlık değildir.

REM-dışı parasomnisi olan kişilerin ortak özelliklerinden biri, durumun bazı çevresel faktörler ya da yaşam tarzı faktörleriyle daha da kötüye gitmesidir. Hastalarımın birçoğu uyku yoksunluğu, alkol tüketimi, gündüzleri yaşanan stres ya da kaygının, bu tür nöbetlerin ortaya çıkması olasılığını artırabildiğini söylüyor. Sonuç olarak, bu olayların derin uykudan tam anlamıyla uyanmamanın bir sonucu olduğunu biliyoruz. Dolayısıyla bunların nasıl ortaya çıktığıyla ilgili olarak iki olasılığın varlığından söz edebiliriz.

Birincisine göre, uyurgezerliğe genetik yatkınlık gösteren kişiler, uyurgezer olmayan kişilerin uykusunu pek de etkilemeyecek olaylarla kısmen uyanıyor olabilirler. Derin olarak nitelendirilen uyku, onlarda kalıtımsal olarak daha az derin ya da daha kararsız olabilir. Gıcırdayan bir yatağın, gökyüzündeki bir uçağın ya da uzaklardaki bir kamyonun sesiyle, hatta belki de gecenin yarısında gelen bir mesajın başucunda titreştirdiği telefonla uyurgezerlikleri tetiklenmiş hastalar görmüşlüğüm var nitekim.

Gündüz yaşanan stres de gece uykusunun derinliğini azaltabilir. Alkol ise, genellikle yatıştırıcı olarak düşünülse de gerçekte tam tersi bir etki gösterip daha parçalı bir uykuya neden olabilir. Bunun yanında, dolu bir idrar kesesinin uyandırıcı etkisi de ortadadır; tıpkı tıka basa içilen biranın tetiklediği horlama gibi. Ayrıca, stresli bir günün uykuya olan etkisini bilmeyenimiz yoktur; daha bölük pörçük uyuruz böyle zamanlarda. Dolayısıyla bazı kişilerde, bir uyarıma –derin uykunun hafifçe sarsılmasına– neden olabilecek her şey, bir uyurgezerlik nöbetini daha olası hale getirebilir.

İkinci olasılık, bunun neredeyse tersi olan bir açıklamaya dayanır. Buna göre uyurgezerler, diğer kişilere göre daha rahat bir uyku uyurlar ve normalde başkalarını derin uykudan tümüyle uyandıracak etkenler, bir uyurgezeri ancak kısmen uyandırarak bu davranışlara neden olur. Uyku yoksunluğu, derin uykuyu daha da derin hale getirme yönünde güçlü bir etki gösterir ve uyku takviyesi olarak yaygın kullanılan bazı ilaçlar da uyurgezerlik nöbetlerini pekâlâ tetikleyebilir; hatta daha önce hiç uyurgezerlik yapmamış kişilerde bile. Bunun en çarpıcı örneklerinden birini, gecenin bir yarısı uykusunda banyo yapan yetmişlerinde bir kadında görmüştüm. Kendisine bir uyku ilacı reçete edilmiş olan kadın, çenesine kadar köpük banyosunun içine batmış halde bulunmuştu.

İşin gerçeği, iki açıklama da geçerli olabilir. Uyurgezerlik ve diğer REM-dışı parasomnilerin epeyce yaygın olduğu çocuklarda –çocuğunu gecenin ortasında kaldırmaya çalışan her anne babanın doğrulayacağı gibi– derin uyku son derece kararlıdır. Bu durum, çok sayıda çocukta görülen bu davranışları da pekâlâ açıklıyor olabilir. Yetişkinlerdeyse derin uykunun çeşitli etkenlerce bölünmesi, altta yatan genetik yatkınlık da göz önüne alınarak düşünüldüğünde, daha kayda değer bir açıklama olabilir. Hatta yetişkinlerdeki REM-dışı parasomnilerin tedavisinde bu etkenleri hedef almak sıklıkla başarılı sonuçlar verir. Alkol tüketimini ve gündüzleri stres düzeyini düşürmek, gürültüden ve rahatsız bir yataktan kaçınmak bu konuda yardımcı olabilir. Düzenli uyku örüntüleri geliştirmek ve uyku yoksunluğunu önlemek de işe yarayabilir; çünkü bu yaklaşım, insanların tümüyle uyanmakta güçlük çekebildikleri aşırı derin uykuyu da azaltacaktır. Sıklıkla işe

yarayan bir yaklaşım da horlama tedavisidir. Bununla birlikte, özellikle de kendinizi ve başkalarını riske atacak davranışlarda bulunuyorsanız, ilaç kullanımı tek seçenek olabilir.

Peki Jackie ve Alex parasomnilerinin tedavisi için ne yaptılar? Şaşırtıcı bir şekilde Jackie uykuda araba kullanma alışkanlığına yönelik bir tedavi istiyor değildi. Onun istediği, yaptıklarını neden yaptığıyla ilgili bir açıklamaydı. Bununla birlikte kendini ve Seaford'ın diğer sürücülerini tehlikeye atmamanın yollarını kendi kendine bulmuştu. Bu yaklaşımı, birçok açıdan uyurgezerliğinin en ikna edici yönlerinden biriydi benim için.

Jackie yakın zamana kadar, yaşadıkları için tıbbi yardım arayışına da girmemiş, bunları kimliğinin ayrılmaz bir parçası olarak görmüştü hep. Böyle bir tedaviyle kazanacağı hiçbir şey yoktu ona göre; hatta sorununa gösterdiğim ilgi de biraz şaşırtmıştı onu. Bu "gece hayatından" çok az kimseye söz etmiş ve durumun, onu gün içinde etkilemesine de pek öyle izin vermemişti. Tek endişesi, kendisinin ve başkalarının güvenliğiydi. Hafif uyku apnesi tanısı da almış olduğundan, önceki tedavi girişimleri uykusunun bu yönüne odaklanmıştı hep. Çünkü soluk alıp verişinin arada durması, bu olayları da tetikliyor olabilirdi.

Jackie, sürekli pozitif hava yolu basıncı (yaygın kullanılan İngilizce kısaltmayla CPAP) olarak bilinen bir tedavinin klinik denemelerine de katıldı. Hava yolunun çökmesini önlemek için yüze takılan bir maske aracılığıyla basınçlı havanın verildiği bu yöntem, rahatsız edici ve tahammül edilmesi zor olabilir. Jackie bir türlü barışamadı bu tedaviyle. Boksörlerin taktığı koruyucu dişlikleri andıran ve alt çeneyi ileri iterek boğaz arkasındaki boşluğun hacmini artıran bir ağız içi cihazın kullanımı da bir başka seçenek olabilirdi. Şimdilik Jackie ne buna, ne de uyurgezerliğine yönelik herhangi bir ilaç kullanmaya yanaşıyor. Ona bakılırsa, saat kilidi olan kasasını kullanması, endişesinin kaynağı olan meselelere çözüm getirmiş durumda.

Alex'e gelince, o da uyurgezerlik nöbetlerini komik buluyor ve yaşadığı uyku terörü nöbetleri konusunda da genel olarak rahat bir tavır sergiliyor. Son aylarda gecelerinin her nedense biraz daha sakin geçtiğini söylüyor. Onun da REM-dışı parasomnilerinden zamanla

kurtulan kişilerden biri olması mümkün, her ne kadar çoğu kişiden biraz daha geç de olsa. Uyku sorunları konusunda epey soğukkanlı sayılır Alex: "Bütün hayatım boyunca bu sorunla yaşadım, bu yüzden zamanla kabullendim. Farklı bir hayatın nasıl olabileceğini bilmiyorum. Ne zaman bir partiye gitsem ve biri kendisiyle ilgili tuhaf bir şey anlatsa, ben de kendi hikâyelerimi anlatıyorum işte."

Alex şansını önce ilaç temelli olmayan tedavilerle denemeye hevesli görünüyor. Tanıdıklarından birinin önerisiyle hipnoterapiye başlayacak örneğin. Bu işe yaramazsa, bir sonraki adımda ilaç tedavisine başlaması konusunda anlaştık. Önce melatonin almasını önerdim. Bu, beyin tarafından bir uyuma sinyali olarak üretilen hormonun (uykuyu teşvik edici maddeler diyoruz bunlara) tablet formu. Dünyanın birçok ülkesinde bu ilaca uykuya yardımcı olan bir takviye gözüyle bakılıyor ve melatonin süpermarket ve eczanelerden reçetesiz temin edilebiliyor; ancak Birleşik Krallık'ta yalnızca reçeteyle satılmakta.

Alex kendini riske atmaya devam ederse, antidepresan ilaçlar veya benzodiazepinler de seçenekler arasına girebilir, ki bunların hiçbiri sorunsuz değildir. Bu ilaçların kullanımına karar vermeden önce dikkatli düşünüp tartmak gerekir, çünkü nasıl çalıştıklarını tam olarak bilmediğimiz gibi, REM-dışı parasomnilerde uygulanan ilaç tedavilerine ilişkin kanıtlar da, bu konudaki araştırmaların yetersiz olmasından ötürü büyük ölçüde sınırlıdır. Seçilecek herhangi bir tedavi, gürültü ve uyku yoksunluğu gibi olası tetikleyici etkenlerden kaçınılarak, bunun yanında kapı alarmları ve pencere kilitleri gibi uygulanması kolay önlemler alınarak desteklenmelidir.

Alex'e uyku terörünü neden yaşıyor olabileceği konusudaki düşüncelerini sorduğumda, beni şöyle yanıtlamıştı: "Bu konudaki teorilerini bana açıklayan çok kişi oldu. Genelde stres ve kaygıyı fazlasıyla bastırdığım ve uyurken de salıverdiğim düşüncesindeler. Ama ben pek de emin değilim."

Bana kalırsa, Alex kliniğimde tanıştığım en rahat kişilerden biri ve birçok konuda gayet telaşsız görünüyor. Eski kız arkadaşı Katie de doğrulamıştı görüşümü: "Yanılmıyorsam, onu herhangi bir konuda kaygılanmış görmedim hiç. Onu altı yıldır tanıyorum ve bu süre

içinde herhangi bir şeyi bastırdığına da tanık olmadım. Yaşadığı şey her neyse, onunla ilgili olarak her zaman son derece açık davranmıştır Alex."

Alex'in yorumu ise şöyleydi: "Sanırım gerçek hayattaki stres yaratıcı unsurlarla baş etmeme yardımcı oluyor bu durum. Günün birinde gerçekten uyanıp da odada eli bıçaklı bir adam görürsem, daha serinkanlı davranacağımı ve tahminen daha sağlıklı düşünüp durumun üstesinden gelebileceğimi biliyorum. Sanırım bir şekilde beni böyle şeylere hazırlamış oluyor..."

*

Beyin durumlarının "ikiliği" (ya uyanık ya da uykuda olma hali) hakkındaki eski görüşler aslında gerçeği bütünüyle yansıtmıyor. Anlaşıldığına göre, salt beyaz ya da siyahtan ziyade grinin sonsuz sayıda tonu devreye giriyor bu süreçte. Jackie, Alex ve onlar gibi birçok kişi de bu gri kuşağa gecenin ortasında geçiş yapıyorlar.

3
Disney'nin Sezgisi

ÇOCUKLUĞUMDA Disney filmi *Külkedisi*'ni birkaç kez izlemiş olmalıyım. Külkedisi'nin dans ettiği, hayvan dostlarının ise elbise dikmesine yardım ettiği bir sahneyi hayal meyal hatırlıyorum. Sahnede kuşlar bir kurdeleyi iki ucundan tutarken fareler de uğraşa didine onu dikişle tutturuyorlardı. Ancak bundan bir 30 yıl kadar sonra filmi iki küçük kızımla izlerken bir şey aniden dikkatimi çekti.

İstisnai bir belleğiniz ya da benimkiler gibi küçük çocuklarınız varsa, filmdeki iki sahneyi hatırlayabilirsiniz. Bir tanesinde köpek Bruno, mutfağın taş zemininin üstündeki bir halıda uyurken, bir yandan hırıldayıp bir yandan da koşar ya da bir şeyi kovalar gibi bacaklarını oynatır. O sırada baş düşmanını, üvey annenin kötü kedisi Lucifer'ı kovaladığını görmektedir rüyasında. Birden ayağa fırlayıp, üzerinde yatmakta olduğu halıyı ısırmaya başlar ve ardından şaşırmış halde uyanır. Yavaş yavaş sakinleşirken Külkedisi de bir yandan başını okşamaktadır. Bir başka sahnede, oğlu Yakışıklı Prens'i evlendirmeyi takıntı haline getirmiş olan Kral, barok tarzda süslenmiş altından bir başlık ve kraliyet kırmızısı yatak örtüleriyle bezeli geniş yatağının ortasında uyumaktadır. Başı yastığının üzerinde, yan yatmış uyurken, hayali torunlarını sırtında gezdirdiği rüyasının etkisiyle gülüp kahkahalar atmaktadır. Derken rüyadaki erkek torunu, elindeki altın asa ya da çıngırakla Kral'ın kafasına vurmaya başlar. Kral irkilerek uyanır ve yatak örtülerine dolanmış halde yataktan düşer.

*

Bundan birkaç yıl önce, psikiyatrist olan bir meslektaşımdan bir e-posta almıştım: "Seksen yaşında. Temel sorunu, son altı aydır gece saat ikiyle dört arasında meydana gelen ve kendisinin 'şiddetli uyku terörü' olarak nitelendirdiği durum. Kemik erimesi olduğunu söylediği karısıyla birlikte uyuyor ve durumdan o kadar endişeli ki, başka bir odaya geçme fikrini değerlendiriyor. Geçmişinde altı aydan uzun sürmüş, ılımlı düzeyde bir 'uyuma zorluğu' da var."

John(*) ve karısı Liz(*) ile ilk görüşmemde, son deneyimlerinden dolayı ikisinin de sarsılmış olduğu çok barizdi. Seksenlerinde olan John çok daha genç görünüyordu. Gayet gür olan kır saçlarına imrenmiştim bile. Hâlâ aktif olarak çalışmaktaydı ve profesyonel hayatında da inanılmaz ölçüde başarılıydı. İnce ve uzun bir yapıya sahipti; yuvarlak çerçeveleri kalın ve koyu kahverengi olan modaya uygun bir gözlük takmıştı. Bariz kaygısına rağmen, bana hikâyesini yumuşak ve ölçülü bir üslupla anlattı. Liz yanında oturmaktaydı o sırada. Zarif ve aynı ölçüde yumuşak tavrıyla kendi endişelerini ve yaşadıklarının yarattığı şoku aktarmaya çalışırken, John'u fazla üzmemek için temkini de elden bırakmıyordu. Tıbbi yardım almaya karar vermelerine vesile olan, bardağı taşıran o son damlayı anlattı.

"Bu sefer, yatağın benim yattığım tarafına kadar gelip kolumu kavradı. Tırnaklarını derime geçirdiğinde öyle korktum ki, daha ne olduğunu anlamadan kendimi yataktan çığlık çığlığa fırlamış buldum. Normalde çığlık atmam ben. Bir yandan titriyor, bir yandan da ağlayarak 'Artık böyle devam edemeyiz,' diye tekrar edip duruyordum. O anda artık daha fazla dayanamayacağımı anladım."

John karısının canını fena yakmıştı bu sefer. Ayrı yataklarda yatmaya da bu noktadan sonra başlamışlardı.

Ancak, bu ilk atak değildi. John'un yaşadığı bu "gece terörü" olayları, sevk mektubunda söz edildiği gibi son altı aydır değil birkaç yıldır devam etmekteydi. "Bence yıllardır bu noktaya doğru tırmanıyordu," diye anlattı Liz. "Fiziksel şiddetin henüz başlamamış olduğu dönemlerde, neredeyse içinin derinliklerinden gelen çok tuhaf sesler çıkarır olmuştu." Aylar içinde bu atakların şiddeti de artmıştı.

Liz anlatmaya devam etti: "Arada tekmelerdi beni, ama öyle bir

hiddetle tekmelerdi ki at ya da eşek çiftesi sanırdınız. John'un normalde hiç de yapacağı şeyler değildi bunlar. Asıl ürkütücü olan da buydu: gündüzleri karşınızda duran kişinin gece karşınıza çıkanla taban tabana zıt olması. Bütün bu tuhaflığı daha da artırıyordu bu durum."

John huzursuzca kıpırdandı ve karısına yaşattığı şeyleri işittikçe üzüntüsü yüzüne yansımaya başladı. Liz, John'un çıkardığı tuhaf sesler konusunda konuşmaya devam etti: "Sesler bir kreşendoyla giderek yükseliyordu ve korkutucuydu. En üst noktaya geldiğinde ne olacaktı? Saldırıya mı geçecekti, ne yapacaktı?"

Bu olaylar bir-iki haftada bir yinelenmekteydi. Liz, ayrı yataklarda yatmaya başladıktan sonra bile John'un yataktaki çırpınışlarını işitebiliyordu.

John şöyle dedi: "Rüya gördüğümü bildiğim halde, bunları bu kadar açık biçimde canlandırdığımın –sağa sola kıvranıp yataktan fırladığımın, tuhaf seslerle bağırdığımın falan– farkında değildim. Liz beni uyarana kadar."

Ona rüyalarının içeriğini sordum:

Bildiğiniz kâbus işte, kendinizi birden koca bir ormanda bir kaplanın karşısında bulmak gibi. Şöyle anlatayım: Son derece alışıldık, son derece normal bir şey yapıyorum. O an ormanda olmamam için hiçbir neden yok, zaten sık sık ormana gidiyorum. Ama sonra birden hiç beklenmedik bir varlığın da orada olduğunu fark ediyorum. İşler birden tekinsiz bir hal alıyor ve korkuyorum. Bu varlık genelde başka bir hayvan oluyor, ya da yılan falan gibi insanları korkutan bir şey. Sizi ısırıp yiyebilecek türden bir canlı. Genellikle, tam beni dişlerinin arasına alacakken uyanıyorum.

Liz'in betimlemesine göre, John'un saldırıp tekme savururken çıkardığı ses bazen gaipten gelen bir ulumayı andırıyordu. "Kendimi kurtarmak için bir nesneye, genellikle de bir hayvana tekme atıyor oluyorum o sırada," diye açıkladı John.

Liz başlangıçta John'un sorununun epilepsi olduğundan korkmuş, John ise ne düşüneceğini şaşırmıştı. "Artık hep utanç duyuyorum bu durumdan. Karım böyle şeyler yaşadığım ve bu arada şiddet de gösterdiğim konusunda beni uyarmaya başladığından beri korku içindeyim açıkçası."

Bense hikâyelerini dinledikten sonra, John'un gördüğü canlı rüyaları bilfiil canlandırmakta olduğuna ikna olmuştum. Bu rüyalar öyküsel yapıdaydı; bir anda işlerin sarpa sardığı bir film ya da hikâyenin konusunu izler gibiydi. Hissettiği korku ya da güçlü duygular, saldırıya geçip tekme atmasını tetikliyordu; bunlar John'un, zihninde olup bitenlere verdiği doğal tepkilerdi.

Akıllarına ilk gelen şey psikolojik yardım almak olmuştu. "Bir ara Liz'in, arkadaşı aracılığıyla bulduğu bir terapiste gittim," diye anlattı John. Bu terapist belli ki, rüyaların bilinçdışına açılan pencere olduğu ve belki de baskılanmış düşünce veya psikolojik travmaları temsil ettikleri yolundaki Freudyen bakış açısını benimsemişti. "Birkaç seansa katıldım. Terapist tümüyle kaplanlar ve benim için ne anlama geldikleri gibi konulara odaklanıyordu; yığınla ayrıntıya yani. Ama maalesef benim işime hiç yaramadı."

*

John'un gece yaşadığı sorunların psikolojik açıklaması yetersiz kaldığına göre, bunlara nörolojik bir açıklama getirilebilir miydi? Bir önceki bölümde açıklandığı gibi, rüyalarımızın, özellikle de öyküsel içerikli olanların çoğu, REM uykusu adı verilen uyku evresinde ortaya çıkar. Bu evrenin keşfi ise, birçok durumda olduğu gibi, bir anlamda şanslı bir tesadüfün sonucuydu.

REM uykusunu keşfeden kişilerden biri olan Eugene Aserinsky, dönemin önde gelen uyku araştırmacılarından Nathaniel Kleitman'ı 1950'lerin başlarında, Şikago Üniversitesi'ndeki küçük ofisinde ziyaret edişini hatırlayacaktı. Aserinsky o sıralarda, araştırma projesi için konu arayışında olan bir lisansüstü öğrencisiydi. Alçakgönüllülükle şöyle anlatmıştı sonradan:

Kleitman, zihnimin kendi ürettiği herhangi bir fikirden yoksun, boş bir levha olduğuna kanaat getirdikten sonra bir hikâye anlattı bana. [En saygın bilim dergilerinden biri olma özelliğini bugün de koruyan] *Nature* dergisinde Lawson adındaki bir fizikçinin bir makalesini okumuştu. Makalede Lawson, bir tren kompartımanında yolculuk yaptığı sırada, yandaki yolcuların gözlerini hangi sıklıkla kırptıklarından yola çıkarak uyku başlangıcını

fark edebildiğini iddia etmekteydi. Kleitman'ı rahatsız eden, Lawson'ın, uyku başlangıcında göz kırpma hareketinin kademeli olarak değil birdenbire durduğu yolundaki savı olmuştu.

Aserinsky'yi daha çok rahatsız eden şeyse, *Nature* dergisinin böylesine sıradan bir gözlemi yayımlama zahmetine girişiydi.

Bununla birlikte, göz kırpma konusunda yayımlanmış ne var ne yoksa okumak ve Lawson'ın varsayımını sınamakla görevlendirilmiş, böylece "bu dar kapsamlı alanın baş âlimi" haline gelmişti. Aserinsky birkaç hafta boyunca gözkapağı hareketlerini kaydedecek bir makine yapmaya çalıştıysa da, çabaları meyve vermemiş, sonunda yenilgiyi kabul etmişti. Kleitman ise bunun yerine bir süreliğine uyumakta olan bebekleri gözlemesini önermişti ona. (Kleitman o sırada bebeklerin uykudaki vücut hareketlerinin kaydedildiği ve bunun için beşiklerine yerleştirilen bir düzenekten yararlanıldığı bir çalışmada yer alıyordu.) Aserinsky kısa bir süre sonra kuyruğu bacaklarının arasında, yenilgisinin itirafıyla akıl hocasını yeniden ziyaret etti. Uykudaki bebeklerin gözkapaklarının, gözleri kapalıyken bile titreştiğini gözlemişti. Bu gerçek anlamdaki bir göz kırpmayı mı temsil ediyordu acaba?

Hoş bir üslupla şöyle yazmıştı Aserinsky: "Bu kısır araştırmanın meyve vermesi için aylar boyunca adeta taşın suyunu sıktım, ... ama ayrıntılar üzerinde yapılan zahmetli ve özenli incelemeler, bütün bu çabaların ödülü olan o 'altın gübre'ye ulaşmayı mümkün kılıyor çoğunlukla." Gözlemlerini birkaç ay sürdürdükten sonra, bebeklerdeki göz hareketlerinin kabaca her saatte yirmi dakika süreyle durduğunu fark etmişti. Bir süre sonra da göz hareketlerini kaydeden bir cihaz geliştirmek için yardım aldı ve uyumakta olan yetişkinlerdeki göz hareketlerini başarıyla ölçmeye başlayabildi.

Görünüşte derin uykuda olan çalışma katılımcılarında, gözlerdeki güçlü titreşim hareketlerine tanık olmaya başlamıştı artık. Bu evreler gece boyunca belirli aralıklarla tekrar etmekteydi. Bir keresinde katılımcılardan biri, göz hareketleriyle nitelendirilen bu uyku evrelerinden biri sırasında, çıkardığı iniltiler ve gevelediği sözlerle kâbus gördüğü izlenimini vermişti. Katılımcıyı uyandırıp kâbusun açıklamasını dinlediğinde, Aserinsky uykudaki konuşma ve kâbusun bir-

biriyle bariz biçimde ilintili olduğunu varsaymış ve göz hareketlerinin de rüyanın görsel içeriğiyle ilintili olup olmadığını merak etmeye başlamıştı.

İzleyen birkaç yıl boyunca sayısız deney yaptı. Bunlardan bir kısmı, uyku araştırmalarının bir başka öncüsü olan William Dement ile ortaklaşa yürütülmüştü. Bir aşamasında kendi oğlunu da katılımcı tayin ettiği ve ekrandan izlenebilen uyku seansları sırasında, katılımcılar sık sık rüya gördüklerini bildirmişlerdi.

Takip eden dönemde Aserinsky uyku araştırmaları alanından yaklaşık on yıl süreyle uzaklaştı, ama bir gün St. Bernard cinsi köpeğinin davranışlarına tanık olduktan sonra ilgisi yeniden alevlendi. Külkedisi'nin köpek yoldaşıyla aynı adı taşıyan Bruno, artık "REM uykusu" olarak nitelendirilmeye başlamış olan bir evreden geçiyor ve düzenli kas seğirmeleri sergiliyordu. Bruno'nun hep aynı rüyayı gördüğünü ve rüya içeriğiyle köpeğin kas etkinlikleri arasında bir bağlantı olduğunu varsaymıştı Aserinsky. Sonuç olarak, Aserinsky'yi REM uykusu araştırmalarına iten, John'un yaptıklarına epeyce benzer şeyler yapan köpeği olmuştu.

*

John'un rüyalarını dinlerken, bunların REM uykusunda ortaya çıkan tipik rüyalardan olduğunu anlamıştım. Ama bu tür rüyalara aşina olmayan yoktur. Öyleyse neden hepimiz bunları canlandırmaya kalkışmıyoruz? REM uykusu, keşfedildiğinden beri muazzam sayıda araştırmaya konu olduysa da, aradan geçen 65 yılın ardından bile işlevleri gizemini koruyor (bkz. 13. Bölüm). Ama şunu biliyoruz: Gecede yaklaşık dört veya beş kez kendini gösteren bu uyku evresinde, beyin dalgalarımız neredeyse uyanıkmışız gibi görünür; bunun yanında kan basıncımızın, kalp atım hızımızın ve solunumumuzun düzenlenme biçiminde değişiklikler ortaya çıkar. Ancak beyinlerimiz REM uykusu sırasında etkin görünmekle birlikte, vücudumuz büyük ölçüde felç durumuna girmiştir. Göz kasları, diyafram (solunumla ilgili çoğu hareketten sorumlu olan büyük kas) ve sindirim sisteminin üst ve alt uçlarında çalışan büzücü kaslar dışındaki bütün kaslarda tam

anlamıyla güçsüzlük baş gösterir. Kendilerini adeta kapatmışlardır bu kaslar. REM uykusunun öylesine baskın bir özelliğidir ki bu, uyku laboratuvarlarımızdaki genel uygulamalarda, REM evresini belirlemek için çene veya kol ve bacaklardaki elektrik sinyallerinin sönümünden yararlanırız.

Öyleyse John'un uykusunda ters giden şey neydi? Saldırı ya da uluma davranışları belli ki rüyalarının, yani REM uykusuyla ilişkili rüya tipinin dışavurumuydu. Ama felç neden devreye girmiyor ve John rüyasında kaplanlar, yılanlar veya kavga-dövüş gördüğü sırada, Liz neden bir tekme ya da yumruk yeme riskiyle karşı karşıya kalıyordu?

John ve Liz aslında, REM uykusu davranış bozukluğu (RDB) adı verilen ve bu felç mekanizmasının sekteye uğradığı durum için klasikleşmiş bir betimleme yapmışlardı. Genel nüfusun yüzde birden azını etkileyen ve genellikle ellili yaşlardan sonra ortaya çıkan bu bozukluğun ilginç bir özelliği de vardır: insanlardan önce hayvanlarda tanımlanmış ender tıbbi bozukluklardan biri olması.

1950'lerde Lyon Üniversitesi'nde araştırmacı olan Michel Jouvet, kedilerde uyku üzerinde çalışıyordu ve REM uykusunun beyin tarafından nasıl kontrol edildiğini daha iyi anlamak üzere deneylere girişmişti. Bu süreçte fark etti ki, bütün beyin sinyallerinin vücuda ulaştırılmasında bir iletim kanalı olarak rol oynayan beyin sapında oluşan bir hasar, REM uykusundaki kedilerin, sanki av peşindeymiş gibi tıslama, yürüme, kavga etme gibi davranışlar sergilemelerine neden oluyordu. Kediler REM uykusuyla tutarlı beyin etkinlikleri göstermeye devam ettikleri halde, beklenen kas felci bir türlü girmiyordu devreye. Hatta kediler, tıpkı *Külkedisi*'nde Lucifer adlı kediyi kovalayan köpek Bruno gibi davranmaktaydılar.

Şaşırtıcı bir şekilde, *Külkedisi* filmi 1950'de, yani Jouvet'nin sonuçlarını yayımlamasından yaklaşık 15 yıl önce gösterime girmişti. Disney'nin ya da en azından bazı yazarlarının, bilimsel vizyonerler veya en azından dikkatli doğa gözlemcileri oldukları söylenebilir.

Araştırmacılara göre, bu tür şeyler kedilerin (ve çizgi film karakteri köpeklerin) başına gelebiliyorsa, insanların başına da pekâlâ gelebilirdi. Buna benzer davranışlar 1960'larda gerçekten de vaka su-

numları eşliğinde tıp literatürüne girmeye başlamıştı. Ancak sorunun formel bir açıklama kazanıp "REM uykusu davranış bozukluğu" adı altında bir bozukluk olarak kabul edilmesi 1986'yı bulmuştu.

RDB bazı açılardan gece terörü veya uyurgezerliği çağrıştırsa da, ona tanık olmak (kimi zaman uyku laboratuvarında olduğu gibi) bunlardan epeyce farklı bir durum olduğunu gösterir bize. RDB sırasında gözler kapalıdır ve yapılan hareketler (çırpınma veya tekmeleme gibi) çoğunlukla amaçsız görünür. Dış dünyayla etkileşim azdır, kişi yataktan kalkmaz. Konuşma genellikle bölük pörçüktür; söylenenler büyük ölçüde anlaşılmazdır ve kimi zaman da bağırma ya da küfretme biçiminde olabilir. Karşılaştırma yaparsak, uyku terörü veya uyurgezerlikte kişiler sıklıkla yataktan kalkar; nesneleri ellerine aldıklarında ve bazen karmaşık davranışlarda (2. Bölüm'de gördüğümüz araba kullanma eylemi gibi) bulunduklarında ise gözleri açık haldedir. Böyle durumlarda konuşma da farklı olup genellikle anlaşılabilir, tam ve doğru kurulmuş cümleler biçimindedir. Kimi zaman, sınırlı da olsa karşılıklı konuşmalar yapılabilir, bu konuşmalar her ne kadar anlamdan yoksun olsa da.

Bu iki grupta rüyaların doğası da farklıdır. RDB'de zaman içinde gelişen hikâyeler söz konusuyken, uyurgezerlik veya uyku teröründe görülen rüyalar sıklıkla birbirinden kopuk görsel imgeler halindedir: yıkılan duvarlar, doğal afetler, böcekler, örümcekler... Gruplar arasında farklılık gösteren bir başka özellik de bu olayların zamanlamasıdır. Derin uykumuzun büyük bölümü gecenin ilk yarısında, REM uykumuzun büyük bölümü ise ikinci yarısında kendini gösterir. Dolayısıyla uyurgezerlik ve gece terörü sıklıkla uykunun ilk birkaç saati içinde ortaya çıkarken, RDB'nin daha sonra, uyanmadan önceki birkaç saat içinde görülmesi çok daha olasıdır.

*

John, RDB ile sonuçlanan bir dizi rüya ya da kâbus görmekteydi. "Bundan bir ay kadar önce gördüğüm bir tanesinde, normalde de sık sık öfke duyduğum bir kişiye inanılmaz öfkeleniyordum. Rüya gerçek hayattaki bir kişiyle ilgiliydi yani," diye anlatmaya başladı. "Ya-

taktan fırladığım noktada, onun suratını yumruklamanın eşiğinde olduğumdan eminim. Şiddete hiç de yatkın sayılamayacak biri için epeyce sıradışı bir durumdu bu. Tam anlamıyla çileden çıkmanın bir göstergesiydi – bir şeyleri anlayamamanın, anlaşılmamanın, birilerine derdini anlatamamanın getirdiği bir hüsran duygusu. Rüya devam etmiş olsaydı, hiç kuşkum yok ki birine yumruğu oturtacaktım."

Diğer rüyalarında daha çok hayvanlar tarafından saldırıya uğruyordu, bana daha önce anlattığı kaplan örneğinde olduğu gibi. "Sudan epeyce korkarım. Beni dehşete düşüren şeylerden biri, Bondi plajından açıldığımda bir köpekbalığı ya da onun gibi bir şey tarafından kovalanma düşüncesi. Bunun da rüyalarımda ortaya çıktığından eminim. Büyük hayvanlar konusunda biraz ödlek olduğum ortada, rüyalarıma da öyle az buz girmiyorlar."

Jouvet'nin kedilerine oldukça benzer biçimde, John da savaşma veya sıvışma davranışları sergilemekteydi. Ama kedilerden farklı olarak, onda beyin hasarı olduğunu düşündürecek hiçbir şey yoktu. Hem fiziksel hem de zihinsel olarak aktifti ve herhangi bir beyinsel bozukluğa ilişkin bir emare yoktu ortada.

Bir zamanlar RDB'yi "idiyopatik", yani bariz bir nedene bağlı olmayan bir durum olarak nitelendirirdik. Bazı hastalarda bozukluğun belirli ilaçlar, özellikle de antidepresanlar tarafından tetiklenmiş olduğu düşünülür. RDB'den muzdarip birkaç üyesi olan aileler de çıkar karşımıza bazen, ki bu da en azından bazı durumlarda genetik bir bileşenin de var olabileceğine işaret eder. Daha yenilerde, bunun gençlerde, uyku ve rüyalar üzerindeki denetimin kaybolduğu bir nörolojik bozukluk olan narkolepsinin bir belirtisi olarak da ortaya çıkabileceğini öğrenmiş bulunuyoruz. RDB bariz bir beyin sapı hasarının sonucu olarak çok nadiren gelişse de, yakın geçmişte gördüğüm ve doğuştan HIV enfeksiyonu, ayrıca ortabeyin ile beyin sapını kapsayan bir tümörü bulunan bir genç, rüyalarını gece boyunca bilfiil canlandırmaktaydı. RDB belki de en sık, Parkinson hastalığı veya Lewy cisimcikli demans gibi bilindik bir dejeneratif beyin bozukluğu olan hastaların uykusunu aksatarak gösterir kendini. Parkinson hastalığının hareket yavaşlığı ve titreme gibi özellikleri, bu bozukluklarda bilişsel gerileme ve halüsinasyonlarla birlikte ortaya çıkar.

Bununla birlikte, RDB'ye dair anlayışımız son birkaç yıl içinde muazzam bir dönüşüme uğradı. Artık RDB vakalarının çoğunun "idiyopatik" olduğunu söylemek yerine, bunun çeşitli nörodejeneratif bozuklukların bir *öncülü*, Parkinson ve Lewy cisimciği hastalığı gibi hastalıkların çok erken bir işareti olduğunu öğreniyoruz. Durumun neden böyle olduğu ise yavaş yavaş belirginlik kazanıyor.

Bu tür bozuklukları olan kişilerin beyinleri, mikroskop altında alfa-sinüklein adı verilen proteinin oluşturduğu birikimleri sergiler. Bu protein, hareket kontrolü açısından temel önem taşıyan ve beynin derinlerine yerleşmiş bazal gangliyonlarda biriktiğinde, Parkinson hastalığının titreme, hareket yavaşlığı ve yürüme zorluğu gibi aşina olduğumuz bariz özelliklerinin ortaya çıkmasına neden olur. Ancak Parkinson hastalarının beyinleri üzerinde yapılan çalışmalarda, bu protein birikimleri sinir sisteminin başka yerlerinde görülmüştür: koku almadan sorumlu sinir yollarını içeren koku soğancığı, ayrıca bağırsakları ve kan damarlarını besleyen sinirler gibi. Konumuzla bağlantılı olarak, bu birikimler REM uykusuna özgü felci başlatan beyin sapında da bulunur. Aslına bakılırsa bu değişimler, kendilerini Parkinson ya da başka dejeneratif beyin bozukluklarının bariz özelliklerinin ortaya çıkmasından yıllar, hatta onyıllar önce gösterir. Dolayısıyla RDB'nin bazı kişilerde bu beyin bozukluklarının oldukça erken aşamalarında gelişiyor olması akla son derece uygundur.

Alfa-sinükleinin sinir sisteminde biriktiği yerlere bağlı olarak, Parkinson hastalığının başlangıcından yıllar önce sıklıkla ortaya çıkabilen belirtiler arasında koku kaybı, şiddetli kabızlık, mesane ve tansiyonla ilgili sorunlar sayılabilir. Elbette RDB'si bulunan herkeste Parkinson hastalığı ya da başka beyin bozuklukları gelişmediği gibi, koku kaybı ve kabızlık da son derece yaygın belirtilerdir. Ancak bu durumlardan Parkinson hastalığına yönelik yüksek riski öngörmede yararlanabilirsek, bu bize bir fırsat penceresi aralayacaktır. Bu beyinsel bozuklukları önleyecek veya ilerlemelerini yavaşlatacak ilaçlar henüz bulunmasa da, ilaç denemeleri halen sürüyor. Bu tür ilaçların erişilebilir olması durumunda, onları kullanacak adayların, sözü edilen bu bozukluklar bakımından yüksek risk grubundaki kişiler olması akla uygun görünüyor. Böylece beyne daha bariz belirtiler ortaya

çıkaracak düzeyde hasar gelmesi önlenebilir. Öyleyse gelecekte belki de, belirli bir yaş grubunda olan, kabızlık, koku kaybı, RDB ve başka sorunlardan yakınan bir kişi kliniğime geldiğinde yapacağım şey, durumunun ayrıntılarını bir bilgisayara yüklemek, Parkinson hastalığının gelecek beş-on yıl içinde ortaya çıkma riski için bilgisayarın yaptığı hesaplamaya göre de, durumu önlemek üzere belirli bir ilaca başlayıp başlamamasına karar vermek olacak. Herhangi bir kişide Parkinson hastalığının ortaya çıkma riskini belirleyecek algoritmaların geliştirilmesi için halihazırda süren çalışmalar var; ancak RDB ve başka sorunların varlığı, önümüzdeki yıllarda bu hastalıkların tedavisi için temel önem taşıyabilir.

Peki ama John için ne diyeceğiz? Ne Parkinson hastalığının ne de başka bir dejeneratif beyin hastalığının belirtileri vardı John'da. Koku duyusunu birkaç yıl önce kaybetmişti ve bazı mesane sorunları yaşıyordu, ama bunlar olasılıkla daha önce geçirdiği bir mesane ameliyatına bağlıydı.

*

John'un, karısının güvenliği konusundaki endişeleri anlaşılabilirdi. Kemik erimesi nedeniyle Liz'in kemikleri kırılgandı, yani kemik kırılması riskiyle yaşamaktaydı. John ona ciddi bir zarar vermekten korkuyordu. "Bu sorunu gayet ciddiye alıyorum, öyle ki duruma bir çözüm bulana kadar ayrı yataklarda yatmaya devam edeceğiz. Son dokuz aydır kanepede yatıyorum ve bunun tekrarlanmayacağından emin olana kadar, ona tek bir uykusuz gece daha geçirtmeye hiç niyetim yok."

Buna ek olarak, Liz'in gece olabilecek şeylere ilişkin korkusu, onun için John'la aynı yatakta uyumayı güçleştiriyordu. "Benim için oldukça korkutucuydu. Uykuya dalmanın güvenli olmadığını hissediyordum," diye anlattı. "Artık ayrı yataklarda yattığımızdan, çok daha iyi uyuyabildiğimi fark ettim; çünkü belli ki farkında olduğumdan daha fazla korkuyormuşum." Ne de olsa ayrı yatmaya başlamadan önce sabah yara-bere ve sıyrıklarla uyandığı olmuştu.

Aynı yatakta yatmaya ara verilmesi John'u rahatlatıp Liz'i güven-

de tutsa da, açık ki tümüyle sıcak baktıkları bir şey değildi. Aynı yatağı paylaşamıyor olmak her çift için büyük bir psikolojik darbe olsa gerek. Bu değişikliğin ikisi için de üzüntüyle gölgelenmiş olduğunu hissettim. Buna rağmen Liz, durumda mizah kırıntıları da görüyordu. "Bir keresinde John sırtüstü yatıyordu ve bana dönük olarak yan yatmadığı için içim rahattı. Derken bir tekme savurup yataktan düştü. Sesli güldüğüm tek olay bu oldu, onun haricinde durum pek de komik değildi."

*

John ve RDB'si bulunan birçok başka hastayla ilgili olarak özellikle çarpıcı bulduğum iki şey var. Birincisi, rüyalarının doğası. Hem John hem de diğerleri, bozukluğun başlamasıyla birlikte gördükleri rüyaların içerik bakımından çarpıcı bir değişime uğradığını açık biçimde anlatmışlardı. RDB'de, saldırıya uğrama, dövüşme veya kaçma içeren rüya ya da kâbuslar oldukça tutarlı biçimde görülür. Sigara içme, bir köpeği okşama, gülme veya şarkı söyleme eylemlerinin sahnelendiği başka türlü etkinliklere de tanık oluruz ara sıra, ama bunlar çok daha enderdir. Asıl gördüklerimiz Liz'in anlattığı türden çırpınma, saldırma veya tekmeleme hareketleridir ve bunlar sıklıkla küfretme, bağırma veya çığlık atma eşliğinde gerçekleşir. Öyleyse, rüya içeriğindeki bu çarpıcı değişim nasıl açıklanabilir? Değişim, gündüzleri sergilenen saldırgan davranış ve tavırların etkisiyle ortaya çıkmış gibi görünmüyor kesinlikle. Liz, John için şunları söylemişti örneğin: "John öfkesini aslında hiçbir zaman tam anlamıyla dışa vurmaz. Onu öfkeli gördüğüm zamanlar çok enderdir; bu nedenle geceleri çok öfkeli ve çok korkmuş olması da son derece tuhaf bir durum."

John'un oldukça nazik ve yumuşak başlı bir kişi olduğu izlenimini edinmiştim. Nitekim RDB'li hastaların uyanıklıkta sergiledikleri saldırgan tavırların çok düşük düzeyde olduğunu gösteren bazı çalışmalar var. Öyleyse RDB'de ortaya çıkan beyinsel değişimler, doğrudan rüya içeriğindeki değişimlerden sorumlu olabilir mi? Bazı kanıtlar durumun böyle olabileceğine işaret ediyor.

Bir araştırmada, RDB şikâyeti olan Parkinson hastalarında görülen saldırgan tavırların, RDB şikâyeti olmayan Parkinson hastalarına

göre daha az olduğu ortaya çıkmıştı. Bu sonuç en azından, beyin sapındaki değişimlerin saldırgan eğilimlerde belirli oranda rol oynayabileceğine işaret etse de, elbette tam bir açıklama sağlamaz bize. Buna alternatif olarak ileri sürülen görece yeni bir hipoteze göre ise, beyin sapındaki değişimler kol-bacak savurma veya çırpınma hareketlerine yol açıyor olabilir. Duyusal uyaranları rüyalarımıza entegre etmemize benzer şekilde (dış dünyadaki bir gökgürültüsünün rüyada bir patlama sesine, ya da bacakta hissedilen bir dokunuşun bizi tırmalayan bir hayvana dönüşmesi gibi) bu hareketler ve şiddet eylemleri de REM uykumuz sırasında gelişmekte olan hikâyeleri etkileyebilir.

RDB'nin erkeklerde kadınlara göre daha yaygın olduğu düşünülüyor. Aslına bakılırsa, uyku merkezlerine sevk edilen hastalardan yüzde 80 kadarını erkekler oluşturuyor. Bunun nedeni testosteronun beynimiz üzerinde gösterdiği etkiler mi, yoksa basitçe, RDB'nin kadınlarda erkeklere göre daha ılımlı bir seyir göstermesi midir? Kötü rüyaların erkeklerde sözel veya fiziksel savunma davranışları içerme olasılığının daha fazla olduğu, kadınlarda ise daha çok tehdit altında olma, korku ya da kaçma isteği gibi duygular içerdiği kesin biçimde ortaya konmuştur. Öyleyse bu bulgu kadınların ani saldırganlık göstermeleri veya kendilerine ya da eşlerine zarar vermeleri olasılığının daha düşük olduğu anlamına mı gelir? Yoksa asıl neden, kadınların tıbbi yardım alma konusunda daha çekingen olmaları veya bunun için eşlerini teşvik etmeleri midir? Bilmiyoruz.

Durumun ilginç bir başka özelliği de, gündüz ile gece arasında hareketler bakımından ortaya çıkan tezattır. Liz, John'un ataklarıyla ilgili olarak şu yorumu yapmıştı: "İçinde böyle bir güç barındırıyor olması neredeyse inanılmaz bir şey. Bunu gündüz yaşamın akışı içinde yapmasını söyleseniz, gece kullandığı gücün dörtte birine bile ulaşamazdı." John'un durumunda, bunun uyarı düzeyinin bir etkisi olduğunu düşünmüştüm. Bir kaplan tarafından ısırılmak ya da biri tarafından saldırıya uğramak, günlük hayatta nadiren gerek duyacağımız bir etkinlik düzeyini ortaya çıkarıyor olmalıydı. Yoğun baskı altında muazzam güç sergileyebilen insanlarla ilgili anlatılanlar geldi aklıma: yaralanmış bir yavayı kurtarmak için arabanın kaldırılması

gibi. Ama asıl ilginç olan, Parkinson hastalığı veya ilgili bozukluklardan yakınan kişilerin, durumlarına bağlı olarak gündüzleri hareket sorunları yaşarken, RDB nöbetleri sırasında akıcı ve hızlı hareketlerde bulunabilmeleridir. Gündüz boyunca görülen titreme, yavaş hareketler ve alçak sesli konuşmalar, geceleri güçlü ve hızlı eylemler ve yüksek sesli bağırışlara bırakmıştır yerlerini. Parkinson hastaları, REM uykusu sırasında geçici olarak neredeyse iyileşmiş gibidir!

Bu durumla ilgili ilk çalışmalardan birinde araştırmacılar, yatağın üzerinde çömelmiş, kollarını uçuyormuş gibi sallayan ve siren sesi çıkaran bir ördek gibi öten bir hastayı gözlemlemişlerdi. Gün içinde çömelmeyi beceremeyen, son derece yavaş hareket eden ve alçak sesle konuşan hasta, rüyasında bir hırsız-güvercinin peşinden uçan bir polis-ördek olduğunu görmüştü. Gündüzleri bariz Parkinson belirtileri gösteren başka hastaların ise görünmez kılıçla kılıç savaşına girdiklerine, timsahlardan kaçmak için kanolarında delicesine hayali kürekler çektiklerine ya da yüksek sesle siyasi nutuklar attıklarına tanık olunmuştu. Nasıl mümkün olabilirdi böyle bir şey?

Bazı hastalar, yaşamı tehdit eden koşullarda hareketlerin aniden normale döndüğü "paradoksal kinezi" adı verilen durumu sergileyebilirler (yangın sırasında yataktan kalkıp evi terk etmeyi başaran yatalak bir hasta gibi). Dolayısıyla bazı RDB vakalarında, rüyaların güçlü duygusal içeriği Parkinson hastalığının belirtilerini bastırabilir. Ama bu durum elbette uçan bir polis-ördeğin bir hırsızı kovaladığı veya gecenin bir yarısı duş alma rüyası eşliğinde pop şarkılarının söylendiği başka örnekleri açıklamaz. Her ne kadar tartışmalı olsa da, bazı araştırmacılara göre hareketin üretildiği beyin bölgesi olan motor korteksten çıkan sinyaller, REM uykusu sırasında yollarına bazal gangliyonlara (uyanıklıkta hareketin denetim ve düzenlenmesinde rol oynayan ve Parkinson hastalığında zarar görmüş olan yapılar) uğramadan devam ediyor olabilirler. Bunun neden böyle olduğu ise sinirbilimin birçok bilinmeyeninden biri ve heyecan verici bir sorudur.

*

Yapılan uyku incelemesi, John'da RDB'nin yanında hafif uyku apnesinin de (horlamaya bağlı olarak hava yolunun belli aralıklarla kısmen tıkanması) söz konusu olduğunu göstermişti. Bu ise, geçirmiş olduğu prostat ameliyatı sonucu geceleri idrara kalkma zorunluluğuyla birlikte, uykusuna olumsuz katkıda bulunuyordu. Ancak John, nihayetinde RDB'si için ilaca başladı. Bir zamanlar RDB tedavisinin temelini klonazepam adı verilen yatıştırıcı (sedatif) oluşturmaktaydı. Valiuma benzer bir benzodiazepin olan bu ilaç, bazı kişilerde oldukça iyi sonuçlar vermekle birlikte, yan etkilerinin sonucu olarak sabahları sersemlik ve aşırı halsizliğe de neden olabilir. Parkinson veya Lewy cisimciği hastalığı gibi nörolojik bozukluklardan muzdarip olan kişilerde ise kafa karışıklığına yol açabilir ya da onları düşmeye yatkın hale getirebilir.

Son yıllarda ise, ilk etapta melatonin kullanmaya başlamış bulunuyoruz. Bu ılımlı ilacın, uyurgezerlik yaşayanlarda olduğu gibi, RDB'li kişilerin önemli bölümünde de olumlu sonuçlar verdiği anlaşılıyor, üstelik çok daha az yan etkiyle. Melatoninin nasıl etki gösteriyor olabileceği konusunda birçok öneri ortaya atılmış olsa da, etki mekanizması henüz kesinlik kazanmış değil. John ise birkaç ay melatonin kullandı ve yararını da gördü.

Bana şöyle dedi: "Melatonin almaya başladığımdan beri bu olayların sıklığı azalmaya başladı. Aslına bakılırsa artık nadiren yaşıyorum bunları." Liz de katılıyordu ona. "İlacı kullanmaya başlayalı, belki de gerçekten işe yaradığına inanmaya cüret edebiliyorum. Belki artık biraz daha derin uyuyordur, ama ne yaptığının farkına varamayacak kadar da derin değil. Birkaç hafta önce uykusunda çok yüksek sesle ağladığını işittim. Çok tuhaf bir ağlamaydı. Aynı hafta içinde, uykusunda katılırcasına gülerken de işittim onu. Sonuçta, evet, o kadar şiddetli değil artık olanlar, ama hâlâ bir şeyler dışarı taşıyor işte."

John ve Liz henüz aynı yatağı paylaşacak cesareti tam olarak toplayamamış olsalar da, ilerleme katetmiştik. Melatonin dozunu yavaş yavaş artırdık, uyku apnesi ve idrar yolu sorunlarını tedavi etmek için birtakım adımlar attık. Aynı yatakta uyuyabilecekleri noktaya bir şekilde ulaşacakları umuduyla yaşıyorlardı. Ancak John'a net bir tanı

koymanın başka yararları da oldu. Bu tür nöbetleri ilk yaşamaya başladığında hissettiği utanç ve mahcubiyet duyguları da azalmaya başlamıştı.

Liz şöyle özetliyordu durumu:

Bu sorun epeyce bir mahcubiyet barındırıyor içinde. Tekmeyi savuran, karşısındakine vuran kişi her kimse –karınız, kocanız ya da bozukluğu yaşayan başka biri– onun açısından yani. Kocam, "Kimseye söyleme, bununla ilgili sakın kimseye bir şey söyleme!" diye bana tembihlediğinde, ona "Bunu sır olarak saklayacak değilim," cevabını vermek zorunda kalıyordum. Çünkü bu utanılacak bir şey değil; yaptığınızın bilincinde bile olmadığınız bir şey. Oluyor bir şekilde, bilerek yapıyor değilsiniz.

*

Sonuç olarak öyle görünüyor ki, Disney'nin sezgileri güçlüymüş. *Külkedisi*'ndeki köpek Bruno ve Kral, sinirbilimciler daha durumu kedilerde tanımlamadan yıllar, hatta tıp araştırmacıları resmen kabul etmeden onyıllar önce RDB belirtilerini sergilemişti. Sanatsal yaratıcılığın ürünü olan bu sahnelerin, zaman içinde çığır açıcı bir tıbbi belgeleme örneği olduğunu gördük. *Külkedisi*'ni onca yıl sonra yeniden izlerken, kimbilir kaç kişinin bu sahneleri çocukları veya torunlarıyla izlediğini ve onlarda kendilerinin ya da eşlerinin gece davranışlarından bir şeyler gördüğünü düşündüm.

Not: Dediklerine göre John ve Liz son birkaç aydır aynı yatağı paylaşma uygulamasına geri dönmüşler, işleri kolaylaştırmak için de aralarına büyük bir minder koyuyorlarmış. Liz, John'un yalnızca birkaç nöbet yaşadığını söylüyor; bir tanesinde aslan gibi kükremiş ama tekme atmaya yeltenmemiş.

4
Soluk Kesilince

HASTALARIMIN tıbbi kayıtlarına baktığımda, kısaltmalar veya akronimlerle dolu olduklarını görürüm hep. CADASIL (serebral otozomal dominant arteriyopati ile subkortikal enfarktlar ve lökoensefalopati) veya SOREMP (uyku başlangıcında REM periyodu) gibi bazıları, tıbbi mektupları kaleme alan zavallı klinik sekreterini mürekkep ve zaman israfından kurtarmak, dahası akıl sağlığını korumak adına kesinlikle gereklidir. Tıp öğrencilerinin pek bir bayıldığı, ama son derece kaba ve küçük düşürücü olan bir başka grup ise, onyıllar önce kullanımdan kalkmış olup bugünlerde yalnızca şehir efsanesinden ibarettir. Bunların yanı sıra bir de hastanın anlattıklarından türemiş kısaltmalar vardır.

Yaygın kullanımlı bütün akronimler içinde, hastasıyla ilgili notları açan bir hekimi hüsrana uğratması garanti olan bir tanesi varsa, o da TATT'dir: *tired all the time* (sürekli yorgun). Hastanın ana şikâyeti sürekli yorgunluk ise, sizi uzun bir konsültasyon sürecinin beklediğini bilirsiniz. Bu şikâyet için ileri sürülebilecek olası nedenler listesi neredeyse sonsuzdur: düşük etkinlikli bir tiroit bezi, diyabet, depresyon, kronik yorgunluk, kanser, vardiyalı çalışma, kansızlık, otoimmün hastalık, karbonmonoksit zehirlenmesi... ve liste uzayıp gider. Bu nedenlerden bir kısmı yaşamı tehdit eder nitelikteyken diğerleri ikincil önem taşır; ancak sürekli yorgunluk inanılmaz ölçüde yaygın olduğundan, pratisyen hekim, altta ciddi bir sorunun yattığı

hastaları bulmak üzere gerçekleştirdiği filtreleme süreci için haddinden fazla zaman harcayacaktır. Samanlıkta iğne aramak gibi bir şeydir bu.

Hekimine ilk kez göründüğünde, bu dört harfin –TATT– Maria'yla(*) ilgili tıbbi notlar arasına karalandığından ve hekimin Maria'nın hikâyesini dinledikçe yavaş yavaş karamsarlığa kapıldığından hiç kuşkum yok. Oysa ben Maria'yla ilk tanıştığımda, karşımda düzgün konuşan, canlı ve enerjik biri vardı. Dolayısıyla sadece birkaç ay öncesiyle ilgili olarak anlattıklarını tahayyül etmek zordu.

Şöyle anlattı bana Maria: "Son birkaç yıl sürekli bitkin haldeydim. Enerjim yoktu. Kendimi iyi hissetmiyordum ve ara sıra doktora gidiyordum. Belki tiroidimle ilgili bir sorun vardır, belki de mesele kansızlıktır diye düşündüm. Bu nedenle defalarca kan testleri ve benzeri şeyler yaptırdım. Kilo fazlalığım var ve o sıralarda ne yaparsam yapayım kilo vermede çok zorlanıyordum. Egzersiz yapacak halim de yoktu."

Kırklı yaşlarındaki Maria, sağlık hizmetleri sektöründeki işiyle anneliği bir arada yürütmek durumundaydı; ancak bu yoğun bitkinlik, yaşamının bütün yönlerini etkilemekteydi. Yorgunluk hissi tümüyle kuşatmıştı onu. "Sanırım beni en çok zorlayan şeylerden biri, bir uçta tümüyle manik bir ruh hali ile diğer uçta had safhada öfke arasında gidip gelmek olmuştu. Ne bakış açısı diye bir şey kalmıştı, ne esneklik. Hiçbir şeyin üstesinden gelemiyordum."

İş ve ev hayatıyla baş etmeyi zar zor beceriyor ancak en küçük bir sapma, fazladan en küçük bir baskı onun için dayanılmaz oluyordu. "Karşıma çıkıveren en ufak bir pürüz, bir kişinin başına gelip gelebilecek en kötü şeydi benim için. Aslında doğam gereği bayağı neşeli bir kişi sayılırım, ama mizah duygum da kaybolup gitmişti."

Maria'daki bu enerji kaybı, kocasıyla olan ilişkisini de ciddi biçimde etkilemekteydi:

Oldukça tasasız ve rahat bir kişiliği vardır kocamın. Ancak "Bu durumun değişmesi gerek. Bu böyle devam edemez," diye birden fazla kez söyledi bana. Yine de, elimden gelen her şeyi yaptığımı biliyordu. Meditasyonu deniyordum, farkındalık [*mindfulness*] çalışmaları yapıyordum, yoga derslerine devam etmeye çalışıyordum, beslenme biçimimi değiştirmeye

çalışıyordum. İşimi bile değiştirdim. Olmam gereken kişiyi yeniden yakalayabilmek için yapmadığım şey kalmadı.

Onu dinlerken, işleri yoluna koymak için Maria'nın bunca şeyi göze almış olması beni etkilemişti. İş değiştirmek küçük bir adım değil, çok büyük bir değişimdir ne de olsa.

Bozuk sağlığı, fiziksel ve psikolojik sonuçlar da doğurmaya başlamıştı. Maria endişelerini hatırlıyordu: "Cildim pek iyi durumda değildi. Daha öncesinde hep oldukça berrak bir cilde sahipken birdenbire ellerimde ve dahası yüzümde ve göz çevremde egzama beliriverdi. Çok can sıkıcı bir durumdu bu benim için. Sanki dağılıp gitmeye başlamıştım. *İşte buraya kadarmış*, diye düşündüm. *Menopoza doğru serbest düşüşe geçtim ve yakında ufalanıp gideceğim.* Büyük haksızlık gibi gelmişti bana."

Maria'nın kocası için de zor bir durumdu bu:

Kocam endişenin yanı sıra hüsrana da kapılıyordu, çünkü akılcılıktan uzaklaşmam, bir şeyler yapacak enerjiyi bulamamam, planlar yapıp aşırı yorgunluktan dolayı yerine getirememem gibi olumsuzluklarla da başa çıkmak zorunda kalıyordu. Sosyal hayatımız bitmişti çünkü hiçbir yere gidemiyordum. Fazlaca yorgundum. Derken iyimserlikle dolarak planlar yapıyordum ama zamanı geldiğinde yine gitmeyi beceremiyordum. Tabii ancak birkaç kere yapabiliyorsunuz bunu, çünkü bir noktada insanlar güvenilmez olduğunuz için sizinle herhangi bir plan yapmaktan vazgeçiyorlar.

Hatırladığına göre, izinli olduğu günlerde çocuklarını okula bırakıyor, ardından eve geliyor ve çalarsaatini onları okuldan alacağı saatten yirmi dakika öncesine kurarak yeniden yatağa giriyordu. "Kitap okuyacak enerjim olmazdı; okumaya başlar başlamaz, daha sayfanın sonuna gelmeden uyuyakalmış olurdum."

Tahmin edilebileceği gibi, sorunlar ev ve sosyal yaşamıyla sınırlı değildi. Maria işteyken toplantılarda uyuyakalmamak için masa altından kendini çimdiklemek zorunda kalıyordu. "Uyanık kalmak benim için çok ama çok zordu. Bu yüzden ayakta kalabilmek için yığınla kahve ve yığınla şekerli enerji içeceği tüketirdim."

Maria durumuyla savaşmaya devam etse de, doktor ziyaretlerinden ne kesin bir tanı ne de herhangi bir tedavi umudu çıkmıştı. Ancak tıbbi yardım almaya karar vermesinden 18 ay kadar sonra bir şimşek

çakmıştı kafasında. Bütün canlılığıyla hatırlıyordu o anı: "Başka bir nedenle doktora gitmiştim. Bekleme odasındaki ekranda beliren bir video bazı belirtilerden söz ediyordu ki, *Vay canına*, diye düşündüm, *bende olan şeylere benziyor bunlar!* Böylece aile hekimimi ziyaret ettiğimde ona şöyle dedim: 'Galiba bende uyku apnesi var!'"

*

Horlama hem komedi konusu hem de işkence aracıdır, özellikle horlayan bir kişiyle aynı yatağı paylaşanlar için. Son derece yaygın bir sorundur horlama. Birçok kişide, ağzın arka kısmındaki hava akışının, dar bir hava yolu ya da kısmen tıkanmış burun boşluğu nedeniyle bozulması, boğazdaki yumuşak dokulara (yumuşak damak, bademcikler, geniz etleri ve boğazın arkasından sarkan küçükdil) yansır. Düzensiz hava akışı, nefes aldıkça hava yolunun bu bölgelerinde titreşimlere yol açar ve sonuçta hafif bir mırlamadan kamyon gürültüsüne kadar uzanan bir yelpazede sesler çıkar.

Ancak obstrüktif (tıkayıcı) uyku apnesi, ses yüksekliği bakımından olmasa da etki bakımından farklı bir ölçekte yer alır. Uykuya dalarken, hava yolunuzun duvarlarının sertliğine katkıda bulunan sayısız küçük kas biraz gevşer. Hava yolunuz yeterince darsa ya da siz uykuya dalarken yeterli ölçüde gevşerse, kısmen ya da tümüyle tıkanabilir. Hava yolundaki bu çöküş, oksijen düzeylerinin düşüp kalp atım hızının artmasıyla, uyku açısından bakıldığında da uykunun aksamasıyla sonuçlanır. Uykunuz bölününce, hava yolundaki kas tonusu kısa süreliğine eski haline dönerek yeniden soluk almanıza olanak sağlar. Bu döngü gece boyunca sürebilir; öyle ki solunum yolunu tıkayan bu olaylar saatte on, yirmi ve hatta nadiren de olsa yüz kez yinelenebilir. Eğer uykunuzdaki kesinti bu tür bir düzeyde gerçekleşirse, sabah yorgun uyanmanız gayet doğaldır.

Maria anlatmaya devam etti: "Horlama sorunum olduğunun farkındaydım. Kocam bir süredir normalden de yüksek sesle horladığımı söylemişti, ama bildiğim kadarıyla birçok kişi horladığından, bunun öyle pek de önemli bir mesele olmadığını düşünerek durumu görmezden gelmiştim."

Bununla birlikte, Maria'da uyku bozukluğu olduğuna ilişkin kanıtlar çok barizdi. Kocasının, geceleri bebeklerinin odasına sığınmasını gerektirecek kadar yüksek sesle horluyordu; üstelik arada uykusunda soluğunun kesildiğini de söylemişti kocası ona.

Birtakım uyku sorunları olduğu Maria için açık olsa da, kendisi alternatif bir açıklama ortaya atmıştı:

Bitkindim belki, ama uyuyordum. Doktorum bana "İyi uyuyor musun?" diye şormuştu. Evet, uyuyordum. Kafamı yastığa koyduğum anda tak diye gidiyordum – kaçta yatarsam yatayım. Geceleri sık sık uyansam da, bunun çocuklarımı emzirdiğim zamanlardan kalma kötü bir alışkanlık olduğunu düşünüyordum. Geceleri pek de iyi uyumadıklarından sık uyanma alışkanlığını edindiğim sonucuna varmıştım basitçe. Sorunu buna bağlamıştım yani. Ama asla ve asla dinlenmiş uyanmıyordum.

Uyku apnesiyle bağlantılı uykululuk hali son derece şiddetli olabilir. Direksiyon başında uyuyakalıp kaza yaptıktan sonra uyku apnesi olduğu günyüzüne çıkmış sayısız hasta gelmiştir merkezimize. Epilepsi kliniğimde gördüğüm bir hastayı çok net hatırlıyorum. Birkaç kez ayakta dururken yere yığılmış ve epilepsi nöbetleri açısından incelemeye alınmıştı. Bir keresinde, işyerinde çalışma masasının yanında ayaktayken, hatırladığına göre biraz uykulu hissetmişti kendini. Bilinci yerine geldiğindeyse kendini yerde yatar bulmuştu. Yere yığılırken yüzünü masanın kenarına çarparak burnunu kırmış, hem masa hem de yüzü kan içinde kalmıştı. Nihayetinde epilepsi için yapılan incelemelerden bir şey çıkmadı, ama son derece şiddetli uyku apnesi olduğu anlaşıldı. Tedavi edilir edilmez de yığılmalar tümüyle kesildi.

Şu sıralar bir uyku apnesi salgını yaşamaktayız. İsviçre'de yapılan bir toplum araştırması, erkeklerin yaklaşık yarısının, kadınlarınsa yaklaşık dörtte birinin uykuda soluk alıp verme konusunda ciddi sorunlar yaşadığını ileri sürüyor. Uyku apnesi oranları, bel ve boyun ölçülerimizle birlikte artmış durumda. İrileşip ağırlaştıkça, uyku apnesi de giderek daha yaygın hale geliyor. Birleşik Krallık'ta, 2014'te fazla kilolu ya da obez yetişkinlerin oranı yüzde 62'yken, yirmi yıl öncesinde önce bu oran yüzde 53'tü. Son yıllarda beden ölçülerinde görülen bu büyüme, gelişmiş ülkelerin çoğunda gösteriyor kendini. Sözgelimi ABD'de obezlikle ilgili grafikler yukarıya doğru amansız

bir eğim gösteriyor; özellikle de 1980'lerin başından beri.

Uyku apnesiyle obezlik arasındaki ilişkinin varlığı uzun süredir biliniyor. Viktorya dönemi Londrası'nın o keskin tıp gözlemcisi Charles Dickens'ın, *Mister Pickwick'in Serüvenleri* kitabında, Joe adlı obez gençle ilgili şu satırlar yer almaktaydı: "'Uyumak mı!' dedi yaşlı beyefendi. 'O hep uykudadır. Verdiğin işi derin uykuda yapar, sofrayı beklerken horlar.'" Uyku apnesinin bir çeşidi olan obezite hipoventilasyon sendromunun "Pickwick sendromu" olarak adlandırılmasının nedeni de bu karakterdi. Aslına bakılırsa, uyku apnesi ya da ona benzer bir durumun obezlikle ilişkilendirildiği daha da eski örnekler vardır. MÖ 4. yüzyılda Herakleia Pontika'da hüküm süren zorba hükümdar Dionysos bunlardan biridir. Rivayete göre her an uyumaya hazır, muazzam irilikteki bu hükümdarı uyandırmak için, hizmetkârları uzun iğnelerden medet umarlarmış. Hatip ve dil bilgini Athenaeus ise bir başka tarihsel kişilik olan Kireneli Magas (ölümü MÖ 250) için şöyle demişti: "Son günlerinde devasa et yığınlarının ağırlığı altında eziliyordu ve işin doğrusu tıkanıp boğularak öldü."

Kilo artışı uyku apnesinin başlamasına veya kötüye gitmesine birkaç şekilde neden olabilir. Boyunda yağların yerel olarak birikmesi, hava yolunu daraltarak çökmesi olasılığını güçlendirebilir. Göğüs bölgesindeki yağlarsa nefes alıp verirken daha fazla çaba harcanmasına yol açar, göğüste ağırlık yaparak akciğer hacminin azalmasına neden olur ve vücudun maruz kaldığı metabolik talepleri artırır. Buna karşılık kilo kaybı da sıklıkla uyku apnesinde düzelmeye neden olur.

Ancak obezlik uyku apnesinin tek nedeni değildir. Uyku hekimleri kimi zaman, normal kiloda olduğu halde şaşırtıcı düzeyde apnesi bulunan (nefes alıp vermeleri geceleri aralıklı olarak kesintiye uğrayan) kişilerle de karşılaşırlar. Maria da fazla kilolu olmakla birlikte obez değildi nitekim. Uyku apnesini tetikleyebilen başka etkenler vardır. Sözgelimi aileden de gelebilir ve genellikle hava yolunun biçimiyle ilişkilidir. Büyük bir dil tabanı ve çenenin geriye çekilmiş olması hava yolunun daralmasına neden olur, çok büyük bademcikler de bazen aynı sorunu yaratabilir. Uyku apnesi görünüşe göre Güney-

doğu Asya kökenli halklarda daha yaygındır. Bu durum, başın ve dolayısıyla hava yolunun biçiminden kaynaklanıyor olabilir.

*

Uykunun saatte birkaç kez kesintiye uğramasıyla ortaya çıkan etkiler, açık ki gündüzleri aşırı uykulu ve yorgun olma haliyle sonuçlanabilir. Bu durum sağlık açısından başlı başına tehlikeli olabilir. Uyku apnesi trafik kazası riskini iki veya üç kat artırır. Ancak bu açıdan endişe duyulacak tek mesele uykululuk hali değildir.

Uyku yoksunluğunun getirdiği birçok fiziksel ve zihinsel sonuçtan haberdarız, ki gece süresince aralıklarla yarı uyanık duruma geçmek de uyku yoksunluğunun bir biçimidir. Ancak soluğun tekrar tekrar kesilmesi, uykunun bozulmasından çok daha fazlasına mal olur. Her tıkanmayla birlikte adrenalin düzeylerinde ani bir yükselme gerçekleşir ve bununla birlikte kalp atım hızı artar, tansiyon yükselir, göğüs içindeki basınç artar, atardamarlar sertleşir ve oksijen düzeyleri düşer. Gecede yüzlerce kez kendini gösteren bu fizyolojik değişimlerin daha geniş kapsamda taşıdığı önemi tümüyle kavrama yolunda yavaş da olsa adımlar atıyoruz. Soluk alıp verirken yaşanan her duraklamada, kalbe geri dönmekte olan kanın akışında gerçekleşen değişimler, kalp kulakçığından salgılanan ANP adlı hormonda da değişimlere neden olur. Bunun etkisiyle böbrekler geceleri normalde ürettiklerinden daha fazla idrar üretirler ve bu da geceleri idrara çıkma sıklığının artışıyla sonuçlanır. Maria'da olduğu gibi: "Geceleri [tuvalete gitmek için] belki üç, dört veya beş kez kalkardım."

Uyku apnesinin yüksek tansiyon ve onunla ilişkili ciddi sorunlarla (kalp hastalıkları veya inme gibi) güçlü bir ilişki içinde olduğu artık anlaşılmış durumda. Uykuda gerçekleşen yinelemeli kesinti nöbetleri, oksijendeki düşüşlerden tümüyle bağımsız olarak, başlı başına kan basıncında ani artışlara neden olabilir; ama görünüşe göre, aralıklı olarak kendini gösteren düşük oksijen düzeylerinin de duruma ek bir katkısı vardır. Uykudaki aksamalar ve oksijen düzeyleri üzerindeki etkilerin bir araya gelmesiyle, vücut gün içinde kan basıncını yükseltmeye hazırlanır; bunu da sempatik sinir sisteminde

("savaş ya da sıvış" tepkisine aracılık etmede adrenalin ve noradrenalinden yararlanan nörolojik mekanizmalar) ve kan basıncını ayarlayan bir başka etken olan böbrek hormonlarında değişimler yaratarak gerçekleştirir.

Sonuç olarak, kalp-damar hastalıkları ve inme için başlı başına en büyük risk faktörlerinden biri yüksek tansiyon olsa da, uyku apnesinin de buna katkıları vardır. Kan damarlarındaki ince astar dokusu (endotel) önemli bir işlev üstlenmiştir: kan akışındaki değişimleri algılayarak, damarların çapını düzenleyen maddeleri salgılamak. Tansiyon yani kan basıncı yükseldiğinde endotelin normal işlevinde bozukluklar baş gösterir ve bu da kalp-damar hastalıklarının erken aşamalarının bir işareti olarak kabul edilir. "Aralıklı hipoksi" (oksijen düzeyinde yineleyen düşüşler) ile ilgili deneysel modeller, oksijen düzeyindeki bu dalgalanmaların endoteldeki işlevsel bozukluklara tek başına yettiğine ve atardamarlarla ilgili sorunların ortaya çıkma riskini artırdığına işaret eder.

Dahası, risk altında olan sadece kan damarları da değildir. Bütün hücrelerimizin içinde, bizi oksijen metabolizmasının zehirli yıkım ürünlerinden ("reaktif oksijen türleri") korumak üzere birtakım antioksidan (oksidasyon önleyici) mekanizmalar devrededir. Aralıklı hipoksi bu antioksidan mekanizmalarda azalmaya yol açarak, oksijen düzeyleri yeniden yükseldiğinde dokularımızın bu reaktif oksijen türlerinden zarar görmesine neden olabilir.

Bu da yetmezmiş gibi, görünen o ki uyku apnesinin riski artıran başka etkileri de vardır. Uyku apnesinin obezlikle güçlü bir ilişkisi olduğunu biliyoruz; ancak, uyku apnesi kilo artışı ve ilgili sorunlara fiilen katkıda bulunuyor da olabilir. Uyku apnesinin özelliklerinden biri olan aralıklı hipoksinin, insülinin tesirini önemli ölçüde etkileyebildiği gösterilmiştir. Glukozun yıkım ve depolanma süreçlerini kontrol eden insülin, diyabetin önlenmesinde temel rol üstlenen bir hormondur. Uyku apnesi, vücudun insüline verdiği cevabı zayıflatarak insülin direnci adı verilen duruma yol açar. Bu, diyabet hastalığının ortaya çıkmasındaki ilk adımdır ve kanda daha yüksek glukoz düzeyleriyle sonuçlanır.

Uyku apnesi, iştah ve metabolizmanın düzenlenmesinde önemli

rol oynayan leptin ve grelin hormonlarının düzeylerini de etkiler. Dolayısıyla bilfiil kalori alımını artırıp bu kalorilerin nasıl işlendiğini etkilemek yoluyla, kişiyi daha da fazla kilo almaya yatkın hale getirebilir. Dahası, uyku apnesinde görülen aralıklı hipoksi, yağ dokusunun kendisi üzerinde de derin etkilere sahiptir; bu dokularda yangıya (enflamasyona) neden olur ve bu da obezlikle ilişkili riski yükseltebilir.

Dolayısıyla kan damarlarımıza gelecek hasar açısından, uyku apnesi potansiyel olarak kusursuz bir patolojik fırtınayı temsil eder gibidir. Uyku yoksunluğunun düşük oksijenli evrelerle bir araya gelmesi diyabet, yüksek tansiyon ve kan damarlarında yangı ve hasara yol açar. Neden olduğu kilo alımı ise her şeyi daha da beter hale getirir.

Solunum konusunda uzmanlaşmış hekimler uyku apnesi ve etkileri konusunda onyıllardır çalışıyor olsalar da, biz nörologlar partiye gecikmeli olarak katılmış durumdayız. Biz uyku apnesini ancak narkolepsi açısından incelenen hastalarda elenecek tanılardan biri olarak ele alırdık. Henüz yeni mezun bir hekimken, uyku apnesiyle ilgili bir sunumu pek etkilenmeksizin izlediğimi hatırlıyorum. Dolambaçsız bir tanı, dolambaçsız bir tedavi ve hastalarımı pek de ilgilendirmeyen bir durum olduğunu düşünmüştüm. O zamanlar bu sorunun yol açabileceği sonuçlar o kadar da iyi anlaşılmamıştı, ama artık uyku apnesinin nöroloji dünyasına da derinlemesine uzanan etkileri olduğunu biliyoruz.

Uyku apnesi, yüksek tansiyon ve damar hastalıklarına atfedilebilecek inme riskinin dışında, düzensiz kalp ritmi açısından da bir risk faktörüdür. Düzensiz ritim ise kalpte, her an beyin damarlarını tıkamak üzere buradan fırlayabilecek pıhtıların oluşumunu teşvik eder. Uyku apnesi migren ve sabah görülen baş ağrılarıyla da ilişkilidir; kafa içinde basınç artışına neden olarak Parkinson hastalığının etkilerini güçlendirebilir.

Kendi klinik uygulamalarım kapsamında ise uyku apnesi uyurgezerliği, uyku felcini ve kâbusları tetikleyip, narkolepsi ve insomniyi şiddetlendirebiliyor. Belki de en önemli noktalardan biri olarak, epilepsi kliniğimde, uyku apnesinin epilepsinin kontrolünü zorlaştır-

dığı birçok hasta görüyorum. Uyku yoksunluğu bazı bireylerde nöbetler açısından güçlü bir tetikleyicidir. Uykunun uyku apnesi aracılığıyla kesintiye uğraması ve beynin de yineleyen düşük oksijen düzeyleriyle irite olması, epilepsinin kontrol altında tutulmasını çok daha güç hale getirir. Şiddetli uyku apnesinin teşhis ve tedavisi, bu hastalıkla yaşayan bazı insanlar için büyük bir fark yaratabilir.

Genel popülasyon açısından bakıldığında, uyku apnesiyle ilişkisi en endişe verici ama aynı zamanda potansiyel olarak heyecan verici olan hastalık Alzheimer hastalığıdır. Uyku apnesi dikkat, tetiktelik, uzun dönemli sözel ve görsel bellek, akıl yürütme ve problem çözme gibi çeşitli bilişsel işlevlerde ciddi sorunlara neden olmanın yanında, demansın gelişmesinde doğrudan bir rol de oynuyor olabilir. Uyku apnesi bilişsel bozukluklar ve Alzheimer hastalığının gelişimini hızlandırıyormuş gibi görünüyor; Alzheimer hastalarında uyku apnesinin tedavi edilmesi ise bilişsel işlevlerde iyileşme sağlıyor. Yaşlılarda beta-amiloid adı verilen proteinin oluşturduğu birikimler uyku apnesi ile ilişkilendiriliyor. Beyinde biriken bu protein, nöronlar arasında haberleşme sorunları yaratan, beyinde yangıyı tetikleyen ve Alzheimer hastalığının mikroskobik imzası niteliğinde olan plakları oluşturuyor. Son bulgular uyku apnesi ile demans arasındaki bu ilişki için bir açıklamanın eli kulağında olduğuna işaret ediyor.

Tıp fakültesinde öğrenciyken lenfatik sistem hakkında dersler almıştık. Bu sistem, dokulardan sıvı çekip yeniden dolaşıma veren bir dizi damar veya kanaldan oluşur. Sistemden her gün geçen kabaca üç litre kadar sıvı, dokulardan atık ve zehirli maddeleri uzaklaştırmaya yardımcı olmanın yanında, lenf bezlerinin içinden akarak bağışıklık sistemini de destekler. Sözgelimi meme kanseri için yapılan bir ameliyatın sonrasında lenfatik sistemin zarar görmesi, sıvı drenajının yetersiz kalmasına bağlı olarak kolun şişmesine, yani lenfödem adı verilen duruma yol açabilir. Ayaktaki bir enfeksiyon ise kasık bölgesindeki lenf bezlerinin şişmesine neden olabilir, çünkü enfeksiyonla savaşmak için bağışıklık sistemi devreye girer ve lenf düğümleri de tepki olarak büyür. Vücudumuzun bu yönünü öğrendiğimiz sıralarda, bize lenfatik sisteme sahip olmayan yegâne organın beyin olduğu söylenmişti. Ama son birkaç yıl içinde bu bilgi alaşağı edildi,

ki bu kadar yakın bir geçmişten söz ediyor olmamız gerçekten çok acayip.

Beynin içinde, Hollanda düzlüklerini boşaltan kanallara benzeyen bir ağ keşfedilerek buna glenfatik sistem adı verildi. Bu kanallar beyin için bir atık oluğu işlevi görüyor. Ağ tarafından uzaklaştırılan maddelerden birinin de beta-amiloid olduğu yolunda açık kanıtlar da çıktı ortaya. Peki ama bunun uykuyla ne ilgisi var?

Uykuda ya da anestezi etkisi altındaki farelerden elde edilen kanıtlar, glenfatik sistem kanallarının uyku sırasında genişlediğini, ağ boyunca gerçekleşen sıvı akışının ise, uyanık farelerle kıyaslandığında, her iki grupta da arttığını gösteriyor. İnsanlarda, glenfatik damarlarda akan sıvının son durağı olan beyin-omurilik sıvısındaki beta-amiloid düzeyi sabahları en yüksek seviyede oluyor ve bu da beta-amiloidin geceleri benzer şekilde atılıyor olabileceğine işaret ediyor. Hatta insanlar üzerinde yapılan yakın tarihli bir çalışma, uyku yoksunluğunun tek bir geceyle sınırlı kaldığı durumlarda bile, beynin belirli bölgelerindeki (Alzheimer hastalığında sıklıkla zarar gören hipokampus da dahil) beta-amiloid düzeylerinin yükseldiğini gösterdi. Dolayısıyla, uyku apnesinin geceleri uykuyu bazen yüzlerce keze varan oranda aksattığını düşünürsek, bunun glenfatik sistemin işlevini neden bozabileceğini, beyindeki beta-amiloid düzeylerinin neden yükselebileceğini ve Alzheimer hastalığına neden zemin hazırlayabileceğini anlamak zor değil.

Bununla birlikte, mesele yalnızca glenfatik sisteme bağlı olmayabilir. Uyku apnesine özgü yinelemeli düşük oksijen evreleri, kan damarlarına zarar verdiği gibi, beyin üzerinde de olumsuz etkilerde bulunabilir. Uyku apnesi, vücudun diğer kısımlarında olduğu gibi beyinde de yangı ve oksidatif strese neden olabilir, bu da nöronların sağlığını koruyan süreçlerde ve devrelerin denetlenme biçiminde değişikliklere yol açabilir.

Peki bu ilişkiyi neden heyecan verici buluyorum? Hem Alzheimer hastalığı hem de uyku apnesinin yaygınlığından ve bu yaygınlıktaki yükselişten yola çıkarak, bazı araştırmacılar uyku apnesinin Alzheimer için temel bir değiştirilebilir risk faktörü olduğunu ileri sürüyorlar. Genlerimizde değişiklik yaratamıyoruz (henüz!), ama uy-

ku apnesinin erken bir evrede belirlenip tedavi edilmesi, Alzheimer hastalığı için önleyici bir tedavi olabilir mi?

*

Aile hekimiyle yaptığı görüşmede uyku apnesi tanısını gündeme getiren Maria, merkezimize sevk edilmişi. Nefes alıp verişinin, kalp atım hızının ve oksijen düzeylerinin izlenebilmesi için evinde geceleri taktığı basit bir aparat, gece boyunca oksijen düzeylerinin saatte seksen altı kez gibi korkutucu bir oranla düştüğünü gösterdi. Tanıyı öğrendiğinde kendisini nasıl hissettiğini sordum ona. "Utanarak söylüyorum, ama araba kullanmaktan vazgeçmem gerektiği söylendiğinde ilk tepkim gözyaşlarına boğulmak oldu, çünkü işe gitmek için arabaya ihtiyacım var ve kocam da araba kullanmıyor. Bu yüzden işin bu yönüne takıldım kaldım. Ama durumu sindirmeme yetecek kadar zaman geçtikten sonra, sorunun daha ciddi bir şey olmaması bana müthiş bir rahatlama hissi verdi."

Maria sağlık sektöründe çalıştığından, ona daha önce bir uyku apnesi vakasıyla karşılaşıp karşılaşmadığını sordum. "Uyku apnesine aşinaydım," diye yanıtladı ve sözlerini sürdürdü:

> Benim gibi biri söz konusu olduğunda insanların normalde hemen bu tanıda karar kılacaklarını sanmıyorum. Çünkü kadınım ve öyle çok da kalın bir boynum yok. Bence bunun hekimimin aklına gelmemesi bu yüzdendi. Uyku apnesi olan birinden beklenecek geleneksel kalıba uymuyorum. Göründüğüm hekimler iyi uyuyup uyumadığımı sordukları halde, geceleri sık sık uyanıp kalkıyor olmam gibi şeylerin üstünde pek durmadılar.

Uyku apnesi için çeşitli tedavi yöntemleri vardır. Kilo vermek elbette işe yarayacaktır. Bazı özel hastalar için uygulanabilecek seçenekler de, sırtüstü yatmalarının önlenmesi, hava yolunun açılması için altçeneyi ileride tutacak ağız gereçlerinin kullanımı veya cerrahidir. Son yıllarda çok ileri vakalarda kullanılan bir yöntem de, boyun bölgesine yerleştirilen bir elektronik aygıtla, dili uykuda geriye çeken sinirin uyarılmasını içerir. Ancak uyku apnesi böylesine şiddetli olan Maria için tek bir acil tedavi seçeneği vardı: CPAP, yani sürekli pozitif hava yolu basıncı.

Bu aygıtla hedeflenen, hava yolunu uyku sırasında açık tutarak çökmesini önlemektir. Yüze kayışlarla tutturulmuş ve basınçlı hava pompalayan küçük bir makineye bağlı bir maske aracılığıyla ağız ve burun bölgesi kapatılmış olur. Basınçlı hava, hava yolunu açar. Bu aygıt icat edilmeden önce, çok şiddetli uyku apnesinden yakınan hastalara kimi zaman trakeostomi (boyun bölgesine, havanın tıkalı bölüme uğramadan geçişini sağlayacak bir deliğin açıldığı cerrahi işlem) uygulanırdı. CPAP buna kıyasla çok daha basit bir işlemdir. Ancak yüzünüze takılmış bir maskeyle uyumak da kendi içinde kolay olmayabilir. Kimileri bunu rahatsız edici bulurken kimileri de klostrofobiyi andıran duygular içinde bulur kendini. Maria ise tecrübesini şöyle anlattı bana:

Uyandığım ilk sabah, sanki yüzüme yumruk atılmış gibiydi; maske içindeki basınçtan falan dolayı herhalde. *Durum çok parlak görünmüyor*, diye düşündüm. Ama ertesi sabah, sekiz yıldır ilk kez gece boyunca yalnızca bir kere uyanmış olarak kalktım. Kendimi çok daha iyi hissediyordum ve bir anda gözyaşlarına boğuldum. Bunun gerçekten de işime yarayacağını anlamak beni o kadar mutlu etmişti ki.

Maria bu maske ve makineyi kullanmayı sürdürdü. Ona devam etmekte olan bu tedavinin sonuçlarını sorduğumda, bana uykululuk halinin tümüyle geçtiğini ve yeniden araba kullanmaya başladığını söyledi. "Çok daha iyi odaklanabiliyorum artık. Yeniden kitap okumaya başladım, ki bu harika bir şey. Eskiden eve gelir, televizyonu açar ve yarım saat içinde de uyumuş olurdum. Bu yüzden iyi bir şeyler izleyemiyordum. Ama şimdi okuyabiliyor, hatta okuduğum romana odaklanabiliyorum."

Dahası, önceleri küçük aksiliklerle baş etmeyi beceremez ve bu tür olaylara pek tahammül gösteremezken, artık gülüp geçiyordu. "Bazı insanlar sinir bozucudur ve onlara tepki göstermeden edemezsiniz. Ama artık daha dirençli ve bu tür durumların üstesinden gelmede daha başarılı buluyorum kendimi. Kişiliğimin bu yönü geri geldi. Kendimi çok daha rahat hissediyorum ve dünyayla ilgili daha sağlıklı bir bakış açısı kazanmış gibiyim."

Ona CPAP tedavisinin, uyku apnesinin bütün etkilerini ortadan kaldırdığını hissedip hissetmediğini de sordum.

Eski kişiliğime kavuştuğumu hissettiğimi söyleyemem. Ama aradan sekiz yıl geçti; iki küçük çocuğum var, şişmanım ve kırklı yaşlarımın ortasındayım. Dolayısıyla kendimi eskisi [uyku apnesinden öncesi] gibi hissetmesem de, çok daha iyi hissediyorum. İleride kendimi daha da iyi hissedeceğim konusunda iyimserim. Egzersiz yapma ve birkaç yıl içinde CPAP kullanmaya ihtiyaç bırakmayacak kadar kilo verme düşüncesi şu anda bana gerçekçi geliyor. Birkaç ay öncesinde hiç de öyle değildi.

Sohbetimizi sürdürürken, Maria beni şaşırtan bir şey söyledi. "[Kocamı] dinlemediğim, durumu ciddiye alıp daha önce çözüm bulmaya çalışmadığım için son derece suçlu hissediyorum kendimi," dedi omuz silkerek. Uyku apnesi tanısının ve ardından CPAP ile gerçekleştirilen başarılı tedavinin getirdiği rahatlama, pişmanlıkla lekelenmişti. Tanı konduktan sonra durumuyla ilgili araştırma yaptığını anlattı bana. "Bununla ilgili birçok şey okudum. Tabii herkes gibi ben de Google'dan yararlandım. Durumun ne kadar ciddi olduğunu anlamak bende şok etkisi yaratmıştı. Ve bunu yaşadığım halde tedavi ettirmediğim için kendime vermiş olabileceğim zararı düşünmek de öyle." Bu karşıma çok sık çıkan bir duygu değildi ve belki de Maria'nın geçmişinde bir sağlık çalışanı olmasından kaynaklanmaktaydı.

Maria'nın pişmanlığı, uyku apnesinin CPAP ile tedavisinin sağlık üzerindeki bütün olumsuz etkileri tersine çevirip çevirmediği sorusu temelinde ele alınmalı. Uyku apnesi gerçekten de kalp hastalıkları, inme, Alzheimer hastalığı gibi durumların gelişme riskini artırıyorsa, tedavisinin de söz konusu riski düşürmesi beklenmez mi? Ancak basit gibi görünen bu soru, oldukça çapraşık bir yanıt içeriyor. CPAP tedavisinin uyku apnesi bulunan kişilerde bilişsel işlevler, duygudurum ve uykululuk hali açısından yararlı etkilerde bulunduğu açık biçimde gösterilmiş durumda. CPAP'ın kan basıncı ve kan damarlarında sağlıksızlığın bir göstergesi olan endotel fonksiyon bozukluğunu olumlu yönde etkilediğini, bu etkilerin yüksek tansiyon için birden fazla ilaç alan kişilerde daha belirgin olduğunu da biliyoruz. Ama bütün bunlar, kalp-damar hastalıkları ve inme açısından riskin düştüğü anlamına geliyor mu?

Bu alanda birçok çalışma yapılmış olmasına rağmen birbirinden farklı sonuçlar elde edilmiş durumda. Bazı gözlemsel çalışmalar

CPAP'ın kalp-damar hastalıklarına bağlı ölüm riskini düşürdüğünü gösterirken, daha yenilerde yapılan ve hastaların CPAP tedavisi alıp almamaları temelinde rasgele (randomize) gruplara ayrıldığı kontrollü çalışmalar bu bulguları desteklemiyor. Demans alanına gelince, CPAP tedavisinin özellikle hipokampusta (bellek ve Alzheimer hastalığıyla ilişkili bir bölge) beyin hacminde değişikliklere yol açtığı gösterildi, üstelik yalnızca birkaç hafta içinde. Ancak demansla ilgili büyük ölçekli kontrollü çalışmalar henüz yayımlanmış değil.

Peki kalp-damar hastalıklarıyla ilgili bu akıl karıştırıcı sonuçlar neden ortaya çıkmıştı? Bu deneyler, bu tür çalışmalarda devreye girebilen bazı yöntemsel meseleleri vurgular. Bir kere, CPAP tedavisine gösterilen uyumun, yani kişilerin her gece ve gece boyunca CPAP kullanımına ne ölçüde sadık kaldığının çok değişken ve sıklıkla da sınırlı olduğunu biliyoruz. Bu çalışmalardan bir kısmında uyum ortalaması gecede üç saat gibi oldukça sınırlı bir düzeydeydi. Optimal kullanım süresini bilmesek de, CPAP'tan sağlayacağınız yarar tahminen kullanım süresiyle artacağından, CPAP kullanım süresinin kısa olduğu çalışmalardan sonuç çıkarmak zordur. İkinci mesele, çalışma kapsamına alınan hastaların seçimidir. Çok uykulu olan bir kişinin, tedavi almayacak gruba rasgele atanmış olması etik açıdan sorunlar içerdiğinden, çalışmaların bir kısmı uykulu olmayan hastalar üzerinde yapılmıştır. Herhangi bir yarar sağlama olasılığı en düşük olan grubun da bu olduğu ileri sürülmüştür. Üçüncüsü, uyku apnesinin verdiği zararlardan bir kısmı geri dönüşsüz olabilir, dolayısıyla CPAP'ın gelecekteki risk oranını değiştirme etkisi sınırlı kalacaktır. Ve son olarak, bu deneylerin ne uzunlukta olması gerektiği konusu kesinlik kazanmamıştır. Uyku apnesinin geriye döndürülebilir sonuçlarının ne zaman bariz hale gelmesi beklenmelidir? Hemen mi, üç ay sonra mı, yoksa üç yıl sonra mı?

Uyku apnesinin tek ve bütünsel bir sorun olmadığını kavramak önemlidir. Şiddet bakımından çeşitlilik gösterir. Kimileri gündüzleri uykuluyken kimileri değildir. Kimileri solunumu etkileyen bu olayları büyük ölçüde REM uykusunda, kimileri yalnızca sırtüstü yatar konumdayken deneyimler. Kimileri neredeyse bütün yaşamlarını uyku apnesiyle geçirmişken, kimileri bunu çok kısa süre önce, kilo al-

dıktan sonra yaşamaya başlamıştır. Sonuç olarak uyku apnesinin sağlığa etkisi ve CPAP tedavisinin sonuçları da büyük olasılıkla tektip olmayacaktır. Tedavinin sonuçları ve getireceği yararlar konusundaki belirsizliğin altında yatan unsur da tahminen bu değişkenliktir.

Bununla birlikte, Maria'yla karşılıklı oturmuş konuşurken, önümde duran kişinin birkaç ay önceki kişi olmadığı açıktı. Kendi ifadesiyle huysuz, çabuk sinirlenen, bitkin Maria gitmiş, yerini güleryüzlü, enerjik, yoğun ev ve iş hayatıyla baş etmeyi öğrenmiş bir kişi almıştı. "Maske takmaya bayılmıyorum," dedi bana. "Maskeyle uyumak zorunda kalmamayı tercih ederdim. Ama yaşamıma olan etkisi öylesine olumlu ki. Bunun için minnet duyuyorum." CPAP'ın uyku, ruh hali ve gündelik işleri yürütme becerisi açısından faydaları Maria'nın gözünde oldukça barizdi.

Maria ve uyku apnesinden yakınan diğer kişiler için uzun vadeli etkilerin neler olacağı şorusuna gelince, müstakbel çalışmaların buna bir yanıt sunacağını umuyoruz.

5

Sayıklayan Otobüs Şoförü

HER ŞEY HER ZAMAN göründüğü gibi değildir. Tıp eğitiminin daha ilk zamanlarında, bize sunulanlara biraz daha dikkatli bakmayı öğreniriz. Pratisyen hekimlik eğitimi alırken, "gizli gündemi" bulup çıkarmayı, kişinin hekime başvurmasının ardında yatan gerçek nedeni keşfetmeyi öğretirler bize. Neden gerçekten karın ağrısı mıdır, yoksa evde yaşanan sorunlardan kaynaklanan bir bunalım mı? Asıl sorun baş ağrısı mıdır, yoksa işyerinde maruz kalınan kötü muamele mi? Tıp kariyerimizde yol aldıkça görüntünün yanıltıcı olabileceği durumlara daha aşina hale geliriz: acil servise getirilmiş ve vücudundaki bereler salıncaktan düşmekten çok istismarla uyumlu olan bir çocuk; demansının aniden kötüleştiği gerekçesiyle hastaneye yatırılan, gerçekte ise durumunun son birkaç aydır kararlı olduğu, ama ailesinin onunla artık evde baş edemediği anlaşılan yaşlı bir adam; ya da birkaç kez tanık olduğum üzere, aldığı birçok ilaca rağmen kontrol edilemeyen şiddetli ve inatçı bir epilepsiden muzdarip olan, uzun süreli nöbetlerin genel anesteziyle tedavi edilebilmesi için defalarca yoğun bakıma alınan, ancak başa elektrotlar yerleştirildiğinde beyin dalgalarının tümüyle normal, inatçı nöbetlerin de nörolojik değil psikolojik temelli olduğu neden sonra anlaşılan kişiler gibi.

Bazı hastalar ise bir tür çıkar uğruna tıbbi bozuklukları ya da belirti ve işaretleri bilinçli olarak simüle ederler. Ağır işlerden paçayı kurtarmak için sakatlanma numarası yapan bir asker veya cezaevinin ana binasından hastane binasına nakil yaptırmaya çalışan bir

mahkûm gibi. Sonra bir de Munchausen sendromlu kişiler vardır. İnsanların tıbbi ilgi görme çabasıyla belirti ve rahatsızlıklar uydurdukları bir zihinsel bozukluktur bu. Kişi, sözgelimi karın ağrısının patlamak üzere olan bir apandisten kaynaklandığına hekimleri ikna etmek için çaresizce çırpınır. Fakat insanların büyük çoğunluğu bir şeyden kaytarmak için ya da başka bir nedenle numara yapıyor değildir. Bu belirtiler onların açısından son derece gerçektir ve bilinçli denetimin tümüyle dışındadır; art niyetli bir aldatma girişiminin ürünleri değildir.

Bu tür "organik olmayan bozuklukların" –biyolojik işlev bozukluklarıyla açıklanamayan durumların– doğasıyla ilgili tartışmalar ortalığı yüzyıllarca kasıp kavurdu. Eski Mısır metinlerinde 4000 yıl gibi uzun bir süre önce tarif edilen bazı vakaların, mevcut bilgimizle geriye dönüp baktığımızda organik olmayan nörolojik bozuklukları temsil ettiği anlaşılıyor. Hipokrat'ın döneminde bu bozukluklar "histeri" (Yunancada "rahim" anlamına gelen *histera* sözcüğünden) olarak adlandırıldı. Erkek-egemen tıp dünyasında histerinin kadınlara özgü bir bozukluk olduğu, rahmin normal konumunu terk edip vücut içinde yer değiştirerek bir dizi belirti ortaya çıkardığı düşünülüyordu. Histerinin fiziksel bir bozukluktan çok psikolojik bir sorun olarak görülmesi ise 17. yüzyılın sonunu buldu.

Bu bozukluklar ancak 19. yüzyılda Briquet, Janet ve Charcot gibi Fransız hekimlerle birlikte gerçek anlamda araştırılmaya başladı. O sıralarda histeriye, ancak hipnozla tedavi edilebilecek "nörodejeneratif" bir bozukluk gözüyle bakılmaktaydı hâlâ. Jean-Martin Charcot nöbetler geçiren, tuhaf hareketler yapan, felç veya uyuşma deneyimleyen histeri hastalarını halka açık gösterimlerle sergiler, izlemek için para ödemeye hazır halkın gözü önünde onları görünürde başarıyla tedavi ederdi. Pierrie Brouillet'nin, Charcot'yu resmettiği meşhur bir tablosu vardır. Tabloda Charcot, hem o zamanlar hem de şimdilerde önemli bir nöroloji merkezi olan Paris'teki Pitié-Salpêtrière Hastanesi'nde lisansüstü öğrencilerine histeri geçiren bir kadının sunumunu yapmaktadır. Seyirciler arasında, sunumu büyük ilgiyle izleyen, hepsinin de adı çeşitli klinik belirti veya hastalıklarla ilişkilendirilmiş ünlü nörologlar da vardır: Joseph Babinski, Georges Gilles de la Tou-

rette, Henri Parinaud ve Pierre Marie gibi. *Salpêtrière'de Bir Klinik Dersi* olarak bilinen bu tablonun röprodüksiyonları, çalışmış olduğum birçok nöroloji biriminin duvarlarını süslemiştir.

Ancak, bu bozukluklarla ilgili görüşlerimize belki de en çok katkıda bulunan, Sigmund Freud'un çalışmalarıdır. Önce Charcot'nun öğrencisi olarak, sonra da Avusturya'da çalışan Freud, histeriyi, çok kötü deneyimlerin baskılanıp ardından fiziksel belirtilere dönüştüğü psikolojik kökenli bir bozukluk olarak görmekteydi. Özünde bir çıkmazı betimlemişti Freud: Büyük bir travmayı ya hatırlıyordunuz ve bu da histerinizi açıklıyordu, ya da onu bilinçdışına itiyordunuz ve bu da yine histerinizi açıklıyordu. Psikolojik sıkıntı ve üzüntünün fiziksel sorunlara dönüşümünü temel alan bu fikir, histerinin "konversiyon (dönüşüm) bozukluğu" olarak anılmasına neden oldu ve Freud'un görüşleri bugüne kadar varlığını bir ölçüde sürdürdü. Ancak psikolojik travmaya ilişkin kanıtları gün yüzüne çıkarmak için psikiyatristlerin gösterdiği bütün çabalara rağmen, bu tür herhangi bir deneyimin tespit edilemediği hastalar da vardır. Dahası, insanlarda organik olmayan bir bozukluğun gelişmesinin ardında gerçekte birden fazla neden var gibidir.

Bu bozukluklara günümüzde eklenen son katılımcı ise, "fonksiyonel (işlevsel) nörolojik bozukluk"tur. Bu terim, birçok hastada belirtilerin kökeniyle ilgili kavrayışımızın eksikliğini yansıtır ve nörolojik sistemin, yapısal olarak normal olduğu halde işlev bakımından sorunlu olduğunu ifade eder. Bunun için yaygın olarak "sağlam donanım - sorunlu yazılım" benzetmesi yapılır.

Tarihsel olarak zihin ve bedene farklı fenomenler gözüyle bakılmış ve bu görüş "zihin-beden ikiliği" terimiyle ifade edilmiştir. Buna göre insan deneyiminin kökenleri ruhta saklı ve bedendeki "organik" veya fiziksel işlev bozukluğundan tümüyle ayrıdır. Ancak bu "ikilik" kavramının yavaş yavaş ufalanıyor olması, üzerinde düşünüldüğünde hiç de şaşırtıcı değildir. Kişinin psikolojik durumu ile nörolojik işlevlerinin özünde birbirine bağlı olduğunu biliyoruz. Epilepsi ya da migrenden yakınan kişiler stresin, geçirdikleri ataklarda güçlü bir tetikleyici olduğunu söylerler sık sık. Daha gündelik bir düzeyden bakarsak, korktuğumuz ya da heyecanlandığımızda tüylerimizin diken

diken olması, ensemizin ürpermesi, gözbebeklerimizin büyümesi hepimizin aşina olduğu şeylerdir. Bu fiziksel değişimler, sinir sistemimiz aracılığıyla, ama bariz biçimde psikolojik durumumuzun etkisi altında gerçekleşir.

Kendi kişisel deneyimlerimden birini aktaracak olursam: Büyük bir katılımcı kitlesine hitaben konuşmak üzere heyecan ve kaygı içinde sahneye doğru yürürken, aniden adımlarımın artık otomatik olmadığı ve dikkat gerektirdiği hissine kapılıveririm sık sık. Sahneye uzanan merdivenlerden çıkarken hissettiğim takılma endişesi, bir ayağı diğerinin önüne yerleştirmek gibi bilinçsizce yapılması gereken bir hareketi, bacaklarımın hantallaşmasıyla birlikte bilinçli çaba içeren bir harekete dönüştürüverir. Böylece sinir sisteminin, kendisine verdiğimiz dikkat karşısında kırılganlaşabildiğini, bir vücut parçası ya da hareket hakkındaki farkındalığımızın, başlı başına belirtiler ortaya çıkarabileceğini anlıyoruz. Aslında bunu kendiniz de deneyebilirsiniz. Dikkatinizi dağıtacak bir şey olmaksızın bir sandalyede sessizce oturun. Sonra birkaç dakika ayaklarınıza odaklanın ve ayaklarınızı nasıl hissettiğinizi, çorabınızın parmaklarınıza verdiği hissi, ayakkabınızın topuk ya bileklerinize yaptığı basıncı düşünün. Birkaç dakikanın sonunda, olasılıkla daha önce hissetmediğiniz şeyler hissedeceksiniz: belki bir karıncalanma, bir uyuşma, küçük bir rahatsızlık. Dikkat verme eyleminin kendisi bile belirti ortaya çıkarabilir. Organik olmayan belirtileri bulunan, özellikle de bariz bir psikolojik tetikleyiciye maruz kalmamış bazı hastalar için, sorunlarına neden olabilecek mekanizma tahminen budur.

Dahası, bu organik olmayan nörolojik belirtiler şaşılacak derecede yaygındır. Bazı çalışmalara göre işlevsel sorunlar, nöroloji kliniğine gelen hastaların şikâyetleri arasında baş ağrısından sonra ikinci sıradadır.

Bu tür vakaların uyku tıbbı dünyasında da ortaya çıkıyor olması şaşırtıcı değil elbette. Ağır depresyonun dışavurumu olarak aşırı uykululuk hali deneyimleyen ya da stres verici durumlardan kaçış için bilinçdışı bir mekanizma olan uyku atakları şikâyetiyle gelen hastaları düzenli olarak görürüm. Çocukluk döneminde geceleri yatak odasında gerçekleşmiş duygusal, fiziksel veya cinsel taciz kaynaklı

bariz nörolojik uyku bozukluklarıyla kliniğime sevk edilmiş bazı hastalar da aklıma geliyor. Durup dururken düşüp bayılması ilk başta narkolepsiye bağlanan ama nihai tanının bir işlevsel nörolojik bozukluk olduğu birden fazla hastaya baktım. Nöroloji kliniğime gelen neredeyse bütün hastalarda olduğu gibi, bu hastalar da belirtilerinin altında yatan durumun doğasından bihaberdi.

Hatırladıklarım arasında, henüz yeni bir danışman hekimken karşıma çıkan ilk vakalardan biri de var. Hasta, çocuğunun doğumundan kısa süre sonra derin ve tedavi edilemez bir uykululuk hali içine düşen genç bir adamdı. Son beş yıldır günde yirmi saat uyuduğundan yataktan neredeyse çıkamamış ve oğlunun çocukluğunu adeta kaçırmıştı. Eşi, bir yandan çocuk bakımının günlük zorluklarıyla mücadele ederken bir yandan da işini kaybetmemeye çalışarak, esasen tek başına büyütmüştü oğullarını. Son birkaç yıl içinde, başka hastanelerdeki nörologlar onu uyanık tutmak için bir dizi tedaviye tabi tutmuşsa da hiçbiri işe yaramamıştı.

Fakat hastaneye uzun süreli olarak yatmasıyla, günün büyük bölümünü yatakta "uyuyarak" geçirdiği halde, elektroensefalogram (beyin dalgalarının analizi) bulgularının, onu açık biçimde uyanık gösterdiği ortaya çıktı. Onu ve eşini sorunun nörolojik değil de psikolojik olabileceğine ikna etme çabalarımın sonucunda, nihayet bir nöropsikiyatri birimine değerlendirme ve tedavi amacıyla dört haftalığına yatırılması için gerekli ayarlamaları yapabildim. Yatış tarihinden üç gün önce eşinden bir e-posta geldi bana. "İnanılacak gibi değil," diye yazıyordu. "Birdenbire uyandı ve şimdi kendini çok daha iyi hissediyor! Son birkaç gündür tümüyle uyanık ve aile hayatına katılıyor, eski kişiliğine dönmüş durumda." Varabildiğim tek sonuç, birkaç yıl yatakta yatarak ailevi sorumluluklarından kaçınmış olan bu adamın, hastane servisinin yakın gözetimi altında durumu idare edemeyeceği endişesini duymasıydı.

Hekimler, ya da neredeyse bütün hekimler, hastalarına yardım etme ve onların yanında olma arzusuyla çalışırlar. Bize anlatılanlara inanmamak doğamıza aykırıdır ve doğru tanıya ulaşmak için gerekli olan kuşkuculuğun ölçüsünü tutturmak kimi zaman zor olabilir. Kuşkuculuğun fazlası elbette azından daha kötüdür; ama dengeyi bulmak

bazen inanılmaz ölçüde zorlayıcı hale gelebilir. İş yaşamım boyunca birkaç kez ben de tuzağa düşmedim desem yalan olur.

*

Robert da göründüğü gibi biri değildi. Onunla altı yıl önce tanıştığımda altmış yedi yaşındaydı. Uzun boylu ve ince yapılı, kısa kesilmiş kır saçlarıyla kendine güvenli ve oldukça bilgili biriydi. Keskin, kibar ve üst sınıfa özgü bir aksanla konuşuyordu. Bana gençliğinden, Londra'nın merkezinde yeşil bir semtte doğduğundan, İrlanda'daki akrabalarıyla geçirdiği muhteşem yaz mevsimlerinden ve iyi bir akademik kuruluştaki eğitim hayatından söz etti. Okulu on altı yaşında bırakmış, çalışmaya hevesli ama iyi bir rehberlikten ve ilgi odağından yoksun halde müzik sektörü, pazarlama, yayıncılık ve çeşitli başka işler arasında gidip gelmeye başlamıştı. Yaptığı işten çabuk sıkılıyor ve farklı bir mesleğe atılma arzusu içini kemiriyordu.

"Can sıkıntısı eşiğim çok düşüktü, ne yapmak istediğim konusunda en ufak bir fikrim olmadığı gibi, en ufak bir hedef de koymamıştım önüme," diye anlattı. Konuşmanın bir noktasında, bana siyasete girme konusundaki gençlik hayallerinden söz etti. Hangi partiyi temsil etmek istediğini sorduğumda gülerek şöyle dedi: "Muhafazakâr Parti'deki kadınlar çok daha çekiciydi, ben de bu yüzden onlara katıldım!" Daha sonra kendisinin bugünlerde olsa olsa "siyaseten münasebetsiz" olarak betimleneceğini itiraf etti. Aslında, Londra'nın oldukça varlıklı bir bölgesinde partinin Genç Muhafazakârlar kolunu kuracak kadar ileriye götürmüştü işi – ta ki bir kez daha sıkılıp yoluna devam edene kadar.

Geçmişini de göz önüne aldığımda, bana seçkin sınıfın bir üyesi gibi görünen bu adamın nasıl olup da otobüs şoförü olarak çalışma noktasına geldiğini merak etmiştim. "İşte size ilginç bir hikâye," diye yanıtladı beni. "Yirmilerimdeyken biri çıkıp da otobüs şoförü olacağımı söylese, suratına yumruğu yerdi."

Londra'da birkaç yıl boyunca orada burada zaman geçirdikten sonra ABD'ye düşmüştü yolu. "60'ların başından ortalarına kadar oradaydım. Oldukça aydınlatıcı bir deneyimdi benim için," diye an-

latırken gözlerinde bir pırıltı belirmişti. Orada ne yaptığını sorduğumda, "Bulabildiğimce çok uyuşturucu kullandım!" cevabını aldım. Sakin sakin söylemişti bunu.

Sonunda yine Birleşik Krallık'a dönmüştü. Yasadışı uyuşturucular olan ilgisi burada işine yaramış ve uyuşturucu satıcısı olmuştu artık. Ona hikâyesinin "Mr. Nice" olarak anılan Howard Marks'ınkini (Oxford'da lisans öğrencisiyken eşe dosta esrar satmakla işe başlayıp sonunda bir uyuşturucu imparatorluğu kurmuş olan kötü şöhretli uyuşturucu kaçakçısı) çağrıştırdığını söylediğimde, "Ah evet, onu iyi tanırdım!" diye onayladı hevesle. "Yanılmıyorsam, kitapta da söz etmiş benden." Bahsettiği kitap, Marks'ın birkaç yıl önce yayımlanmış otobiyografisiydi.

Marks gibi Robert'ın kariyeri de cezaevine götürmüştü onu. "Pekâlâ doğal biçimde yetişebilen bir şeyin yasadışı olduğunda karar kıldı hükümet. Ülkeye bundan epeyce bir miktar soktuğum için de, yapılacak en iyi şeyin, beni daha fazlasını getirmekten alıkoymak olduğunu düşündüler. Kokain ithal etmekten dolayı ceza aldım."

Dokuz yıla mahkûm edilen Robert, cezasının son yılını açık cezaevinde geçirmişti. Elli yaşlarında olduğu o sıralarda çalışmasına izin verilmişti, ama elbette seçenekleri sınırlıydı. Halen sürdürmekte olduğu otobüs şoförlüğü işine bu şekilde girmişti. Hikâyesi yavaş yavaş gün yüzüne çıktıkça, onun hakkındaki görüşlerimi hızla yeniden değerlendirmek zorunda hissettim kendimi.

Ancak, beni görmek için uyku kliniğine neden geldiğini anlatınca, yaşam hikâyesinin mi yoksa uyku sorununun mu daha sıradışı olduğu konusunda karar veremedim. Robert son birkaç aydır uykusunda konuşmakta, yani sayıklamaktaydı. Ama mesele, konuşuyor olmasından çok, *ne* söylediğiydi.

Her şey, on sekiz aydır birlikte olduğu Linda(*) ile aynı eve taşınmasından sonra başlamıştı. "Linda'nın dediğine göre uykumda sürekli konuşuyormuşum," diye anlattı bana. Geçmişinde sayıklama ya da uyurgezerlik gibi bir şey olmadığı için, Robert bu yeni gelişme karşısında şaşırmıştı. "Daha önceki kız arkadaşlarımdan biri olan Joanna'ya duyduğum aşktan söz ediyormuşum. Bu oldukça tuhaf, çünkü onunla yıllardır görüşmüyorum."

Robert şaşkındı, çünkü bütün eski kız arkadaşları arasında ölümsüz aşkını ilan edeceği kişi Joanna olamazdı. Linda'nın anlattığına göre Robert, bir keresinde uykusunda Joanna'nın telefon numarasını da söylemişti. Oysa Robert, uyanıkken bu numarayı hayatta hatırlayamayacağını söylüyordu. "Linda iyice keçileri kaçırdı herhalde diye düşündüm, çünkü işkence altında bile aklıma gelmezdi bu numara," diye anlattı Robert. Onu daha da şaşırtan şey, Linda'nın numarayı eski telefon defterinden kontrol edip doğru olduğunu ortaya çıkarmasıydı. Bunun bir miktar sürtüşmeye neden olduğunu söylemeye gerek yok sanırım, ama sonrasında olacaklar kadar değil.

Zaman ilerledikçe Robert, uykusunda söylemiş olduğu ağza alınmaz şeyleri kendisine bağıra çağıra nakleden Linda tarafından düzenli olarak uyandırılmaya başlamıştı. "Anladığıma göre, Joanna'nın ailesini, çocuklarını, hatta anne-babasını, kadın erkek gözetmeden istismar etmekten, nekrofiliden, hatta hayvanlarla ilişkiden söz ediyormuşum!"

Robert'ın sayıklaması elbette sık sık tartışmalarına neden oluyordu ve yerel otellerde, ablasının veya arkadaşlarının evinde kaldığı gecelerin sayısı da giderek artmaktaydı. Bu beklenmedik gelişmelerin etkisiyle neye uğradığını şaşıran Robert, ciddi bir sorunu olabileceği düşüncesiyle psikiyatriste de gitmişti. Psikiyatrik açıdan sağlıklı olduğu sonucu çıkınca, gece davranışlarındaki bu çarpıcı değişimlerin, beyin tümörü veya demans gibi bir nörolojik sorundan kaynaklanıyor olabileceği endişesine kapılmıştı.

Hikâyesini dinleyince şaşırıp kaldım. Geceleri sıradışı davranışlarda bulunan birçok hasta görmüş olmakla birlikte, böyle bir şey hiç çıkmamıştı karşıma. Birkaç düzeyde sıradışıydı durumu. Sayıklama, neredeyse her zaman uyurgezerliğin bir çeşidi, çocuklarda yaygın ama yetişkinlerde daha ender görülen bir REM-dışı parasomnidir. Jackie'nin uykusunda motosiklet sürmesi ve Alex'teki gece teröründe olduğu gibi bu tür sayıklamalar, beynin bazı bölümlerinin uyanıkken, diğerlerinin çok derin uykuda kaldığı en derin uyku evrelerinde ortaya çıkar. İnsanlar gözleri açık halde gayet güzel sohbet edebilir ve her bakımdan uyanık oldukları izlenimini verebilirler; ancak bu konuşma sıklıkla mevcut bağlamdan uzaktır ve kişinin içinde bulundu-

ğunu hayal ettiği bir durumla ilişkilidir. Fakat Robert'ın hikâyesi bu açıdan genele uymuyordu.

Bir kere, tanıştığımızda altmış yedi yaşındaydı ve yaşamının daha erken dönemlerinde bu tür bir sorun yaşadığına dair herhangi bir emare olmaksızın, bir REM-dışı parasomninin bu yaşta birdenbire başlayıvermesi, tehlike çanlarının çalması anlamına gelmekteydi. Ama bunun yanı sıra konuşmanın doğası da başlı başına sıradışıydı. Birçok kişi daha gündelik meselelerden söz eder veya tartışır; bazen de, söz konusu olan uyku terörüyse, konuşmanın kapsamına yaklaşan bir felaket de girebilir. Ama böylesine inatçı ve dar kapsamlı, üstelik de böylesine karanlık konuşmalar benim için tümüyle yeniydi.

Diğer olasılık ise Robert'ın, 3. Bölüm'de hikâyesini aktardığımız John gibi, rüyalara eşlik eden felcin devreye girmediği REM uykusu davranış bozukluğu yaşıyor olmasıydı. Genellikle yaşamın daha ileri evrelerinde ortaya çıkan bir durumdur bu. Ama REM uykusu davranış bozukluğunda konuşma nadiren anlaşılır olup, daha çok küfretme, bağırma veya mırıldanma şeklindedir. Ayrıca, şikâyeti REM uykusu davranış bozukluğu olsaydı, Robert'ın Linda tarafından uyandırıldığında rüyalarından bir şeyler hatırlayabiliyor olmasını beklerdim.

Ne yapacağımı biraz şaşırmış halde, Robert'a bir uyku çalışmasına katılmasını önerdim. Gece ne olduğunu gözlemleyebilecek, ayrıca daha fazla ayrıntı öğrenmek için Linda'yla da görüşecektim. Robert gece hastanede kalmaya sıcak baktıysa da, Linda'yla görüşmem konusunda daha olumsuzdu tavrı. Linda, aralarındaki meseleleri tartışmaya pek de hevesli sayılmazdı.

Birkaç hafta sonra, uyku çalışmasının sonuçlarını tartışmak üzere Robert'la yeniden buluştuk. Çalışma bir şeyi açığa çıkarmıştı gerçekten de. Robert'ın sorunu, orta şiddette uyku apnesiydi. Yüksek sesle horluyor, soluğu saatte yaklaşık otuz kez kesiliyordu. Ama horlama gürültüsü dışında bir şey yoktu ortada; bir fısıltı ya da inilti bile. Uyku çalışması sırasında REM-dışı parasomninin varlığına dair herhangi bir kanıtın ortaya çıkmaması sık rastlanan bir durumdur. Ancak Linda, Robert'ın bu davranışı her gece sergilediğini söylüyordu. En azından REM uykusu davranış bozukluğunu olasılıklar arasından eleye-

bilmiştim; çünkü beklenen felç, çalışma sırasında göstermişti kendini. Bununla birlikte, tanı koyma yolunda ancak küçük bir adım atabilmiştim.

Kıdemli meslektaşlarımdan biri şakayla karışık şöyle der sık sık: "Eğer kuşkun varsa, burna basınç uygula." Bu deyiş, uyku tıbbının, her şeye uyku apnesi (uykuda hava yolunun çökmesi) prizmasından bakan solunum hastalıkları hekimlerinin hâkimiyetinde olduğu günlere dayanır. Bununla kastedilen, CPAP, yani hava yoluna basınçlı hava gönderen ve Maria'nın çok yararlı bulduğu maskedir. Böyle bir yola başvurmak bu bağlamda da akla uygundu, zira Robert'ta orta şiddette uyku apnesi olduğunu biliyordum ve kuramsal olarak, nefesinin saatte otuz kez kesilmesiyle bölünen uykusu, REM-dışı parasomnilerini tetikliyor olabilirdi. Böylece aklıma başka bir çözüm gelmediğinden, eve götürmesi için bir maske ve makine ayarladım ona. Sayıklamalarından kurtulacağını ve ilişkisini kahramanca kurtardığım için minnettar bir şekilde geri döneceğini umuyordum.

Birkaç ay sonra yeniden gördüm Robert'ı. CPAP uygulamasının nasıl gittiğini sorduğumda uykusunun biraz daha iyi olduğunu söyledi bana. Peki ya sayıklama meselesi çözülmüş müydü? "Ah, evet, o meseleyi de hallettik!" oldu yanıtı. Onu başarıyla tedavi ettiğim için tam da kendi sırtımı sıvazlamaya hazırlanıyordum ki şöyle sürdürdü sözlerini: "Uyku çalışmasından sonra iyice kuşkulanmaya başladım ve Argos'a gidip sesle etkinleşen bir kayıt cihazı aldım." Anlattığına göre bir öğle sonrasında, CPAP maskesi yüzüne sıkıca bağlı halde kanepede biraz kestirmiş, derken Linda'nın bağırtılarıyla kaba biçimde uyandırılmıştı yine. Linda, bir kez daha Joanna'nın aile üyelerine cinsel istismarda bulunmaktan söz ettiğini haykırıyordu ona. Halbuki o sırada açık olan kayıt cihazından kaydı dinlediğinde Robert'ın duyabildiği tek şey, CPAP makinesinin hafif mırıltısı ve Linda'nın aniden devreye giren kulak tırmalayıcı sesi olmuştu.

"Başka bir odada uyuyordum, kayıt cihazı açıktı ve birden Linda'nın haykırışlarıyla uyandım. 'Joanna hakkında konuşmayı kes, vıdı vıdı vıdı...' Beş-on dakika deli gibi bağırıp çağırdı, makine de bu arada yanı başımdaydı." Ancak kayıtta ne Joanna ne taciz ne nekrofili ne de sapkın ilişkilerden eser vardı. Ağzım açık kalmıştı.

*

Uyku bozukluklarının doğası gereği, bunlardan yakınan insanların size söyleyebileceği şeyler sınırlıdır. Bilinçsiz bir halde ve dış dünyadan kopmuş olduklarından ya hiç bir şey hatırlamazlar ya da çok az şey hatırlarlar. İnsanlar uyandıkları zamanki tecrübelerinden ya da gün içinde kendilerini nasıl hissettiklerinden söz edebilirler elbette, ama uykudaysanız çevrimdışısınız demektir. Ağır epilepsi nöbetlerine benzer şekilde, uyku da düşük farkındalık ve bilinç yitimiyle tanımlanan bir beyinsel durumdur. Bu nedenle, bir tanıya ulaşmaya çalışırken yatak arkadaşlarının anlattıklarına büyük önem veririm. Ama en azından bu örnekte, böyle yapmakla hata ettiğim ortaya çıkmıştı.

Öyleyse Robert'ın sayıklamalarıyla ilgili olarak Linda'nın ileri sürdüğü uydurma senaryoyu nasıl açıklamalıydı? Neredeyse akıl almaz bir durumdu bu. Ancak birkaç olası açıklama vardı yine de. Birincisi, Linda'nın gerçekten psikotik bir kişiliğe sahip olduğuydu. Halüsinasyon (varsanı) veya delüzyonlara (sanrı) kapılıyordu ve bu belirtiler, yani Robert'ın bu tür şeyler söylediğini işitmesi, onun için son derece gerçekti. Belki de marazi bir kıskançlıktı onunki, eşinin kendisini aldattığı yönünde güçlü bir saplantı içinde olanların yaşadığı türden bir psikolojik bozukluktu. Othello sendromu olarak da bilinen bu bozuklukta, sürekli olarak sadakatsizlikle suçlama; günlük, giysi veya e-posta gibi kişisel eşya ve iletişim araçlarını inceleme; eşin toplumsal ilişkiler kurmasını engelleme sıklıkla görülen davranışlardır. Kimi zaman işin şiddete vardığı da olur. Bu bir tür saplantı olabileceği gibi delüzyon da olabilir – yani bütün deliller aksine işaret etse de doğru kabul edilen bir inanç. Böyle durumlar genellikle altta yatan bir psikiyatrik hastalık ya da kişilik bozukluğuyla ilişkilidir.

Bir başka olasılık da Dolaylı Munchausen (*Munchausen's by Proxy*) sendromudur. Daha önce açıkladığım gibi Munchausen sendromu, kişilerin detaylı ve çarpıcı sağlık şikâyetleriyle sürekli olarak sağlık yetkililerine başvurduğu ve sıklıkla farklı isimlerle farklı hastanelere gittiği tedirgin edici davranış örüntüsünü temsil eder. Bu hastalar genellikle birden fazla kez ameliyat olur veya cerrahi işlemden geçer ve kendilerine birçok ilaç reçete edilir; ancak geçmişleriyle

ilgili bilgi edinilmek istendiğinde çoğunlukla büyük zorluklar çıkarır veya bir sonraki hastane ya da hekime geçiş yaparlar. Bazen belirtileri taklit etmek için ilaç kullandıkları olur. Gözbebeklerini büyütüp nörolojik sorunları olduğu izlenimini vermek için gözlerine damla damlatan hastalar görmüşümdür sözgelimi. Böbrek sorunu aldatmacası için mesanelerine yumurta proteini, ya da şeker komasına girmek için insülin enjekte eden hastalarla ilgili raporlar da vardır. Bunun ilgi çekme davranışının aşırı bir biçimi olduğu ve bir kişilik bozukluğundan kaynaklandığı düşünülür. Adını dramatik ve ayrıntılarla işlenmiş palavralarıyla tanınan kurmaca bir karakter olan Baron Munchausen'dan alan Munchausen sendromunun kendisi bile enderken, Dolaylı Munchausen sendromu daha da ender görülür.

Bu sendromda kişi, hastalık belirtilerini kendisi üzerinde simüle etmez, kötü niyetle başkalarında ortaya çıkarır. Neden, yine ilgi çekme çabasıdır. İstismarın özellikle kötücül ve tehlikeli bir biçimidir bu. Zehirlenme ya da gereksiz tıbbi girişimlere bağlı ölümler, onda bir gibi yüksek bir oranla gerçekleşir. Sendromun tabiatı gereği, kurbanlar savunmasız ve faile bağımlı kişiler olacaktır. Kendi belirtilerini açıklama, zehirlenmeden kaçınma veya incelemeleri baltalama becerisinden yoksun olmaları gerektiğinden, bu kurbanların neredeyse hepsi çocuktur. Ama tıpkı bir çocuk gibi, uyumakta olan bir yetişkin de sorunlarını bildirmek için birine büyük ölçüde bağımlıdır ve bu da uyku bozukluklarını, bu korkunç istismarın kurbanının bir yetişkin de olabileceği ender senaryolardan biri haline getirir. Bununla birlikte Linda'yla karşılıklı olarak hiç görüşmemiştim ve kendisi de genel olarak tıp camiasıyla etkileşime girmeye gönülsüz gibiydi, ki bu da böyle bir tanının pek muhtemel olmadığına işaret ediyordu.

Robert birkaç ay sonra, bir psikiyatriste görünmesi için Linda'yı ikna etmeyi başardığını söyledi bana. Fakat inanılmaz bir şekilde, Linda psikiyatristten sağlam raporu aldı. Bu durumun bir psikolojik manipülasyon (*gaslighting*) vakası olup olmadığını zihnimde tartmaya başladım.

Psikolojik manipülasyonda fail, kurbanı kendi aklından, belleğinden veya algılarından şüpheye düşürerek manipüle eder. Bu da ender görülen bir başka psikolojik istismar biçimidir. Nihai hedef basitçe

kontrolü ele geçirmek veya karşıdaki kişinin özsaygısını yok etmek olabildiği gibi, maddi çıkar sağlamak ya da bir ilişkiyi sonlandırmak da olabilir. Terimin kaynağı 1938 tarihli bir tiyatro oyunudur, 1940'larda oyunun iki sinema uyarlaması yapılmıştır. Bunlardan Ingrid Bergman'ın başrollerden birini oynadığı *Gaslight**/*Işıklar Sönerken* filminde bir kadın, kocası tarafından aklını yavaş yavaş kaçırmakta olduğuna ikna edilmeye çalışılır. Kocasının hedefi, evlerinde saklı olan mücevherleri ele geçirmek için, onu bir akıl hastanesine kapatarak evdeki varlığından kurtulmaktır. Bu amaçla onu izole eder, küçük bazı nesneleri çaldığına dair sahte deliller uydurur ve kıskançlık yaratmak için hizmetçiye kur yaparak, karısına bunun kendi hayal gücünün ürünü olduğunu söyler. Gizli mücevherleri ararken yaptığı hareketler, evdeki gaz lambalarının ışığının titreşmesine neden olur, ama adam ışıktaki bu değişimlerin de kendi hayalinin birer ürünü olduğuna ikna eder karısını. Sonuç olarak, Linda'nın da Robert'tan ayrılmak için bir düzene başvurmuş veya bir nedenle onu manipüle etmeye çalışmış olabileceğini düşündüm ve bulgular bir tanıya bağlandıktan kısa süre sonra yazdığımız makaleyle, Robert'ın durumu tıp literatüründe olası bir psikolojik manipülasyon vakası olarak yerini aldı.

*

Bu vakanın birçok yönü gibi bu tanıyı da daha sonra yeniden değerlendirme zorunluluğunu hissettim. Robert'la iletişimimiz uzun süre kopuk kaldı, ta ki beş yıl sonra onu yeniden görene kadar. Linda'nın davranışlarının psikolojik manipülasyonun ötesine taştığı, bu süre içinde iyice bariz hale gelmişti. Onu son görüşümün ardından ilişkilerinin ani bir şekilde sonlanması pek şaşılacak şey değildi belki, ama Robert'ın onun yüzünden çektiği işkence sürmekteydi. Hakkında yasaklama kararı çıkarmak için birkaç kez mahkemeye başvurmuştu, çünkü Linda hem polisi hem de işyerini defalarca aramış ve Robert'a yönelik olarak (cinsel içerikli olan ve olmayan) birçok suçlamada bulunmuştu. Polis ve mahkemeleri de kendi lehine ciddi biçimde yön-

* *İng.* Gaz (lambası) ışığı. *–ç.n.*

lendirmeye başlamıştı Linda. Hatta Robert bir keresinde otobüs sürerken polis tarafından durdurulmuştu. Anlaşıldığına göre Linda polisi arayarak, Robert'ın otobüsü uyuşturucu kaçakçılığı için paravan olarak kullandığı suçlamasında bulunmuştu. Polis kısa süre sonra yola devam etmesine izin vermişti. Bunlar, açık ki aklı başında bir kişinin yapacağı şeyler değildi; ama psikolojik manipülasyona kalkışan birinin yapacağı şeyler de değildi. Linda için başlangıçta yapılan psikiyatrik değerlendirmenin doğru olup olmadığını sorgulamaya başladım.

Robert da geriye dönüp baktığında, aslında ilk karşılaşmamızdan önce hafiften kuşkulanmaya başlamış olduğunu itiraf etti bana.

Sadece eski kız arkadaşlarım hakkında konuştuğum iddiasıyla kalsaydı, inandırıcı olabilirdi belki. Ya da yan komşuyla ilişkim olduğunu söylese. Ama işi nekrofiliye, hayvanlarla ilişkiye, bir ailenin bütün üyelerini kadın erkek demeden istismar etmeme getirince, biraz kaçık olabileceğini düşünmedim değil. Birçok şey olabilirim, ama homoseksüellik hiçbir zaman cazip gelmedi bana.

Bununla birlikte, kendi çözüm arayışlarına girecek kadar da kanmıştı söylenenlere. "Doğal olarak uyuşturucuya abandım. Yanında bol miktarda içkiyle. Kolay erişebildiğim çeşit çeşit uyuşturucu kullandım. En son ne popüler olduysa artık."

Yine de belli ki, kendisini daha kesin kanıtlar aramaya itecek kadar kuşku kalmıştı içinde ve bunu sağlayan da, katıldığı standart uyku çalışması olmuştu: "Tutunacak somut bir şeyi ilk kez uyku testiyle buldum," diye anlattı bana. İlişkilerinin önceki dönemlerinde Linda'nın zihinsel dengesizliğine ilişkin herhangi bir emare olup olmadığını sorduğumda, şöyle yanıtladı: "Arkadaşlarımdan birinin eski kız arkadaşıydı. Alımlı, hoş, müthiş bir aşçı ve görünüşte de aklı başında bir kadındı." Neler olacağına dair hiçbir ipucu yoktu ortada. Robert, artık onun "düpedüz deli" olduğunu düşünüyordu. Bu olayların ikinci aşamasında Linda epey dolap çevirmişti, ama Robert onun sayıklamalar konusunda söylediklerine gerçekten de inanmış olduğu görüşündeydi şimdi. Ona göre bu, kendisini kontrol etmek veya yönlendirmek için Linda'nın bilinçli olarak harcadığı bir çaba değildi.

Kendimi onun yerine koydum. En cömert yorumla, partnerinin zihinsel hastalığı yüzünden acı çekmiş, ama belki de kötücül bir tezgâhın kurbanı olmuştu. Onun için çok travmatik bir deneyim olsa gerekti. Bunu ona söylediğimde serinkanlılık diyebileceğim bir tavırla yanıtladı beni: "Daha çok, can sıkıcı bir deneyimdi aslında. Hayatımda üstesinden gelmek zorunda kaldığım çok şey oldu ve hep yoluma devam ettim. Delinin tekiydi, o kadar."

*

Tıp dünyasında, alınacak dersler beklenmedik biçimlerde çıkar karşınıza. Doğru tanıya ulaşmak her zaman tatmin edicidir (ve bir nörolog için, söz konusu olan durum ne kadar enderse o kadar iyidir). Ancak bir hekim için en değerli şey hatalarıdır. Robert vakası bana temkinli olmayı, elde edilen bilgiyi her zaman sorgusuz kabul etmemeyi öğretti. İnsan ilişkilerinin karmaşıklığını hatırlatan bir örnekti bu aynı zamanda. Kliniğimde gördüğüm şeyin, hastamın psikolojik durumuna dayanıyor olabileceği her zaman aklımın bir köşesinde olduğu halde, asıl göz önüne almam gereken şeyin eşinin psikolojik sağlığı olabileceği pek de sık gelmez aklıma. Freud veya Charcot'nun da tanıyla ilgili düşüncelerinde buna ciddi biçimde yer verdiğini sanmam.

Bu vakanın gösterdiği bir şey de, uyku sırasındaki savunmasızlığımızdır. Sadece çevremizdeki dünyadan bihaber olmanın fiziksel tehlikesi açısından değil, en yakınımız ve en sevdiğimiz karşısında her türlü etkiye açık olmamız açısından da. Biriyle bir yatağı paylaşmak derin bir güven içerir.

6

Gülmekten Bitap Düşmek

"OTUZ DOKUZ YAŞINDAKİ bu hasta tuhaf bir şikâyetle geldi bana," diye yazıyordu sevk mektubunda. "Yaklaşık son iki yıldır, ne zaman kahkahayla gülse, kimi zaman da ağır egzersizin ardından, önce sırtında tuhaf bir his deneyimliyor, arkasından üstüne bir halsizlik çöküyor ve birdenbire dengesini kaybedip düşüyormuş." Bir yandan okurken, bir yandan da Adrian adlı bu hastanın yaşadığı yığılmalar için olası nedenler geçiyordu aklımdan. Bu durum epilepsiden ya da kalp ritmindeki hafif veya ani bir değişimden kaynaklanıyor olabilir miydi? Ya da omuriliğe gelmiş olabilecek bir hasardan? Ancak dikkatimi asıl çeken ayrıntı, gülmesiyle ilgili olanıydı.

Adrian genel nöroloji kliniğime girdiğinde, kabaca benim yaşlarımda bir adam görmüştüm karşımda. Benden biraz daha kısa, kır saçlı, doğrudan işyerinden geldiği için de üzerindeki takımıyla oldukça şık giyimliydi. Dostane, açık sözlü ve esprili bir tavrı vardı. Ama olup bitenler karşısında da bariz biçimde şaşkın durumdaydı. Karşımdaki sandalyeye oturdu ve bana hikâyesini anlatmaya başladı.

Bu yığılmaları ilk kez yaşadığı zamanı hatırlıyordu. Arabayla ailesini görmeye gitmişti. "Araba yolundan eve doğru yürürken, annemi arka bahçede bahçe işleriyle uğraşırken gördüm. Çitin hemen yanında duruyordu. Gizlice yaklaşıp çite vurmak komik olur gibi geldi. Annem havaya sıçrayacak, herkes de gülecekti. Tam da öyle oldu." Ama her şey bu kadarla kalmamıştı. "Hiç beklemediğim bir şekilde dizlerimin bağı çözülünce garaj kapısına yaslandım, kapıdan yavaşça

kayarak yere serildim ve sanırım 15-20 saniye boyunca hafifçe titreyerek orada öylece yattım kaldım."

Sonra başka olaylar da anlattı.

"Birkaç kez daha oldu bu bana. Biri arkadaşımın kırkıncı doğum günü partisindeydi. Birkaç bira içtim, itiraf edeyim, ama akşamın sonu gelmemişti henüz ve ayakta durmayı pekâlâ becerebiliyordum. Bir ara, arkadaşlarımın oturduğu alçak bir kanepenin başında ayakta durup komiklikler yapıyordum ki, bir anda kendimi kanepede, arkadaşlarımın üzerinde boylu boyunca yatar buldum. Kucaklarına düşüvermiştim."

Ailesiyle tatilde olduğu bir keresinde ise, bir piknik masasına oturmuşlardı ve kızı o sırada kek yemekteydi. "Öylece oturuyorduk – ben tabii yine komiklikler yapıyordum, ya da yaptığımı sanıyordum," diyerek güldü. "Artık her ne söylediysem söyledim ve hemen sonra kendimi bu sefer de kızımın çikolatalı kekini yüzümden silmeye çalışırken buldum. Öne doğru düşüvermiş ve yüzümü keke bulamıştım."

Bu yığılmalarla ilgili daha genel şeyler konuştuk ardından. Hiçbir şekilde bilincini kaybetmediği açıktı. Sürecin tümüyle farkında oluyor, her şeyi işitip görebiliyordu, ama sanki birileri fişi çekip elektriğini kesiyordu. Birdenbire vücudu gücünü kaybediyor, kasları zayıflıyor ve bez bebek gibi yere yığılıyordu.

Tuhaf bir hisle başlıyor ve her şey çok çok hızlı olup bitiveriyor. Ara sıra yakalamayı da öğrendim bunu. Sonra, bacaklarımda ve özellikle de sırtımın alt kısımlarında halsizlik diyebileceğim bir şey başlıyor. Kaslarımdaki güç buharlaşıp gidiyor sanki. Bayılır gibi bir anda olmuyor her şey. Yavaş bir yığılma bu. Genellikle durdurulabilecek bir şey de değil. Yere yığılıp kalıyorum. "Düşme" veya "çökme" gibi sözcükler yerine "yığılma" sözcüğünü kullanıyorum çünkü yavaş bir süreç bu.

Böyle bir atak sonrasında ne olduğunu sordum ona. "Biraz hafifliyor. Ama öyle birdenbire gelemiyorsunuz kendinize. Daha çok, yavaş yavaş ayılmaya benziyor."

Bu olayları tetikleyen şeyin ne olduğu, hekiminin sevk mektubunda yazdığı gibi, açıktı. Adrian şöyle dedi: "Biraz kendini beğenmişlik gibi gelecek ama, mizahın kaynağı bensem tetikleniyor bu du-

rum. Bir fıkra anlatıyorsam veya [komik] bir şey yapıyorsam. Oturup bir komedyeni izlerken gülmekten içim dışıma çıksa da hiçbir etkisi olmuyor bunun. Ama bana çok komik gelen bir şeyi size anlatmaya kalksam, yerde bulurum kendimi. Yani anladığıma göre, bu kesinlikle kendime yaptığım bir şey."

Daha sonra Adrian'ın karısı ve kızlarıyla görüştüğümde onlar da benzer şeyler söylediler. İki kızıyla –on üç yaşındaki Sophie ve on yaşındaki Erin– Adrian'ın mizah anlayışı üzerine konuştuk. Onlara babalarını komik bulup bulmadıklarını sorduğumda Erin kesin bir "Hayır!" ile yanıtladı beni, ki eminim benim kızlarım da aynı şeyi benim için söylerlerdi. Sophie az da olsa daha cömertti bu konuda. "Bazen," dedi. "Aslında esprinin içeriğine bağlı. Ben Erin'den daha büyük olduğum için ondan daha olgun bir espri anlayışım var tabii; bu yüzden bazen komik oluyor esprileri. Ama onun dışında hiç de komik değil babam."

Ardından Sophie kıkırdayarak, zavallı babalarının yığılıp kaldığı çeşitli örnekleri anlattı. Kardeşiyle birlikte, hayvanat bahçesine ailece gittikleri bir seferinde olanları aktardılar. "Maymunların olduğu bölüme uğramıştık ve çitle çevrili bir bölmenin önünden geçiyorduk. Babam üzerinde 'blue tit'* yazan bir tabela gördü, hani şu kuşlar var ya. Sonra da belli ki çok komik olduğunu sanarak münasebetsiz bir espri yaptı." (Bu noktada kızlar anının etkisiyle kıkırdarken, arkalarında duran annelerinin de bir gülme krizini çaresizce bastırmaya çalıştığını görebiliyordum.) Sophie devam etti: "Birden [bölmenin önündeki] çitin üzerinden ikiye katlanıverdi. Epeyce korkutucuydu bu bizim için. Yanımızdan geçip gidenler ne düşündüler kimbilir. Vücudunun yarısı bir tarafta, diğer yarısı da öbür tarafta!"

*

Tıp öğrencisiyken, final sınavlarına hazırlandığım sırada *Resimlerle Nöroloji ve Nöroşirürji* adlı bir ders kitabından da yararlanmıştım. Geçenlerde sayfalarını çevirirken, bunun özünde *Budalalar İçin Nö-*

* *İng.* Mavi baştankara. *Tit*, İngilizce argoda "meme" anlamına gelir. *–ç.n.*

roloji başlığına yakışır bir içerik taşıdığını fark edince şaşırdım kaldım. Ancak sonra daha yakından baktığımda 103. sayfada kitap sırtının parçalanmış olduğunu gördüm ve o sayfada yazanlar karşısında nasıl büyülenmiş olduğumu hatırladım.

Bu tek sayfa, narkolepsi adı verilen ve o zamanlar tam olarak anlaşılamamış bir nörolojik bozuklukla ilgili ayrıntılar içeriyordu. Uygun olmayan durum ve mekânlarda karşı koyulmaz bir uyuma arzusu, uyku felci ve uykuya dalmak üzereyken deneyimlenen halüsinasyonların yanında, katapleksi adı verilen durum da açıklanmaktaydı: "Postüral kas tonusunun ani kaybı. Hasta yere yığılır, ancak bilinci yerindedir. Duygular –ağlamak ya da gülmek– bir atağı tetikleyebilir."

Nörolojk bir bozukluğun böylesi çeşitlilikteki tuhaf ve şaşırtıcı yollarla kendini gösterebilmesi karşısında hayrete düştüğümü ve bu sayfaya nasıl tekrar tekrar döndüğümü hatırladım. Narkolepsi hakkındaki bilgim artık bu kitabın içeriğiyle sınırlı olmadığı için şükrettim. Adrian'la konuşurken, bana anlattığı şeyin katapleksi olduğu çok açıktı:

> Kollarım düşüyor, başım düşüyor ve genellikle biraz titreme geliyor üstüme. Ama işitebiliyorum, görebiliyorum, tabii nefes de alabiliyorum. Bilincim tümüyle açık oluyor, ama esasen felç gelmiş oluyor vücuduma; hareket edemiyorum. Beş saniyeden otuz saniyeye kadar sürebiliyor bu. Duruma göre. Ama neredeyse her seferinde tam bir yığılma yaşıyorum.

Kafamı karıştıran, finans sektöründe uzun saatler boyunca çalıştığı, her gün yaklaşık dört saatini yolda geçirdiği ve bunun sonucu olarak ciddi bir uyku yoksunluğu yaşadığı halde, narkolepsinin başka hiçbir yönünün ortaya çıkmıyor oluşuydu; ne uykululuk, ne halüsinasyonlar ne de uyku felci. Katapleksi temelde narkolepsi için "patognomonik" –son derece spesifik ve tanısal değerde– olsa da, onda böyle bir bozukluk olduğuna dair başka hiçbir ipucu yoktu ortada. Durumunun klasik bir katapleksi vakasına benzediğini ama başka testler de yapmamız gerektiğini söyledim ona. Bu amaçla bir kan testi, beyin ve omurgayı kapsayacak bir manyetik rezonans görüntüleme (MRG) taraması ve narkolepsinin karakteristik damgasını ortaya çıkaracak bir uyku çalışması ayarladım.

Peki nedir narkolepsi? Ve bu tuhaf olayları nasıl ortaya çıkarır? Tıp fakültesinde finallere girdiğim sıralarda bu bozukluk gizemini büyük ölçüde korumaktaydı. Ancak son yirmi yılda hastalıkla ilgili kavrayışımızda büyük bir dönüşüm yaşandı. Benim fikrime göre gayet katışıksız bir bozukluktur bu, bir nörolojik bozukluk ne kadar katışıksız olabilirse o kadar tabii. Hasar, beyin merkezinin derinliklerine yerleşmiş küçücük bir nöron grubuyla sınırlıdır. Ancak bu sonuca, yani narkolepsinin sırrının belirlenmesine giden yol ilginçtir.

Katapleksili narkolepsiyle ilgili ilk betimlemeler 19. yüzyılın ikinci yarısına tarihlenir. Narkolepsi terimini (Yunanca *narkē* yani uyuşukluk ve *lepsis* yani hücum kelimelerinden gelir) 1880'de ortaya atan kişi Fransız hekim Gélineau'ydu. Ancak narkolepsiye duyulan ilginin yeniden canlanmasına neden olan şey, dünyayı kasıp kavuran grip (influenza) salgınıyla tetiklendiği düşünülen ve Birinci Dünya Savaşı sonrasında ortaya çıkan "letarjik ensefalit" salgınıydı.

Letarjik ensefalit, üzerinde hâlâ fazlasıyla tartışılan bir hastalıktır. Bazı araştırmacılara göre, influenza virüsüne duyarlı bireylerde bir otoimmün yanıta yol açar, yani bağışıklık sistemi vücudun kendisine saldırır; bu ise beynin uyanıklık ve hareketi denetleyen bölümlerinde hasara yol açarak şiddetli bir uykululuk hali ve Parkinson hastalığındakine benzer belirtiler ortaya çıkarır. (Oliver Sacks'in *Uyanışlar* kitabı, letarjik ensefalitin insan yaşamında nelere mal olduğunu ve Parkinson hastalığı için kullanılan ilaçlarla kaydedilen iyileşmeleri anlatır; ne yazık ki yürek paralayacak kadar kısa süreli iyileşmelerdir bunlar.)

Letarjik ensefalit hastalarında görülen uykululuk halinin, beynin arka (posterior) hipotalamus bölgesindeki bir hasarla ilişkili olabileceğini bulan kişi, Romanya-Yunanistan kökenli psikiyatrist ve nörolog Constantin von Economo'ydu. Bu tür bir hasarın varlığının tespit edilemediği narkolepsi ile letarjik ensefalitin bazı yönlerden benzer oluşları von Economo'nun ilgisini çekmişti. Buradan yola çıkarak inanılmaz bir sezgiyle, narkolepsideki beyinsel değişimlerin aynı alanda yani hipotalamusta gerçekleştiği, ancak bunların çıplak gözle görülemediği fikrini öne sürmüştü. "Gelinéau, Westphal ve Redlich'in betimledikleri narkolepsinin birincil nedeninin, bu bölgedeki he-

nüz bilinmeyen bir hastalık olması, kanıtlanmamış olmakla birlikte kuvvetle muhtemeldir," diye yazmıştı 1930'da.

Çoğu zaman olduğu gibi, narkolepsinin nedeni de büyük ölçüde hayvan çalışmalarıyla ortaya çıkmıştı. Köpeklerde katapleksili narkolepsinin varlığı yetmişli yılların başlarında belirlendi. YouTube'a "köpek" ve "narkolepsi" sözcüklerini yazarsanız Alsas, Dalmaçyalı, Labrador ve teriyer cinsi köpeklerin yer aldığı yüzlerce video çıkar karşınıza. Sahipleri karşılarına bir kap mamayla çıktığında yere yığılıveren, katapleksi sonucu tümüyle kaybolan kas gücüne rağmen kuyruk sallamaya çalışan köpekler... Stanford Üniversitesi'nden araştırmacılar narkoleptik köpekler için bir üreme programı başlattılar. 1970'lerin ortalarına gelindiğinde, narkolepsinin Doberman ve Labrador'larda genetik bir hastalık olarak ortaya çıktığını belirlemişlerdi. Köpeklerde narkolepsiye neden olan bir genom bölgesinin belirlenmesi ise ancak, genetik alanında 1980'ler ve 90'larda kaydedilen gelişmelerle mümkün olabildi. Ardından, bölgedeki genlerin titizlikle analiz edilmesi sonucunda 1999'da, işlevi belirsiz olan bir gende mutasyonların varlığı belirlendi. Sonraları "hipokretin reseptör 2 geni" olarak adlandırılan bu gen, anlaşıldığına göre hem Labrador hem de Doberman'larda narkolepsiye yol açmaktaydı.

Bu tür çalışmaların gerektirdiği çabanın büyüklüğünü ne kadar vurgulasam az. Benzeri işleri içeren doktora çalışmalarımın bende yarattığı travma etkisi hâlâ sürüyor. Ama ben binlerce örneği küçük şişelere pipetle dolduran robotlardan yararlanma, ayrıca Cambridge'deki Sanger Enstitüsü'nde çalışma avantajına sahiptim. Burası, insan genomunun dizilenmesi çalışmalarında rol oynayan, dünyadaki en büyük merkezlerden biridir ve büyük ölçüde otomatize olmuş durumdadır. Oysa o zamanlarda bu tür çalışmalar çok daha zor yürümüş olsa gerek.

Tesadüf bu ya, neredeyse aynı zamanda, hipotalamusta ifade edilen genleri araştıran bir ekip, bu reseptörler üzerinde etki gösteren hipokretin maddesini (oreksin olarak da bilinir) keşfetmişti. Hipotalamus, ileri görüşlü von Economo'nun narkolepside rol aldığını ileri sürdüğü beyin bölgesinin ta kendisiydi. Şimdi biliyoruz ki hipokretin üreten nöronlar, lateral (yan) hipotalamustaki küçücük bir alana yer-

leşmiş olsalar da, uzantıları beyinde geniş bir yayılım gösterir. Özellikle de uyku ve uyanıklığın, ayrıca rüyaların denetim ve düzenlenmesinden sorumlu beyin sapı bölgeleriyle doğrudan bağlantı halindedirler.

Ancak narkoleptik köpekler aradığımız bütün yanıtları bize vermez. Narkoleptik hastalarımın çok küçük bir bölümünde bozukluk kendini belirgin biçimde aile geçmişinde de gösterir. Narkolepsinin, bir narkolepsi hastasının birinci dereceden bir akrabasında (kardeş, ebeveyn veya çocuk) görülme riski, genel popülasyonda görülme riskinin yüz katı kadardır; ama bu hâlâ, akrabalardan sadece yüzde 2-10 kadarının narkolepsiye yakalanacağı anlamına gelir. Bu ise tek bir genin neden olduğu bir hastalıktan beklenen yüzdenin epey uzağındadır. Daha ziyade, narkolepsinin gelişmesinde genetik bir bileşen rol oynayabilse de, insanlarda bütün tablonun genlerden ibaret olmadığına işaret eder. Nitekim Doberman'lardaki genin aynısında mutasyonlar olduğu belirlenen tek insan, narkolepsisi altı aylıkken ortaya çıkmış olan bir kişiydi.

İzleyen yorucu çalışmalar, narkolepsi şikâyeti olan kişilerde hipokretinin rol oynadığını kesin biçimde göstermiştir; ama bu rol insanlarda köpeklerdekinden farklıdır. Stanford köpeklerinde, hipokretin reseptörlerinin düzenlenişinde bir genetik hata söz konusuyken, insanlarda sorun, kimyasalın ya hiç bulunmayışı ya da yetersiz oluşudur. Reseptör normal olduğu halde ona bağlanacak hipokretin ya hiç yoktur ya da çok azdır. Bu iki tür kusur da hipokretinle işleyen devrelerin yetersiz işlev görmesine neden olarak narkolepsiye yol açar. Ancak narkolepsisi olan insanlarda, özellikle katapleksi de varsa, hipokretin üreten nöronlar hasarlıdır. Katapleksili kişiler, hipokretin üreten nöronlarının ortalama yüzde 90 kadarını kaybetmişlerdir. Bir şeyler bu nöronların ortadan kaybolmasına neden oluyordur. Beyin-omurilik sıvısında (lomber ponksiyon adı verilen işlemle alınan ve normalde beyin ve omuriliği yıkayan sıvı) yapılan hipokretin ölçümleri, narkolepsi ve kataplekside yakınan kişilerde hipokretinin neredeyse istisnasız olarak çok düşük düzeyde olduğunu ya da hiç bulunmadığını göstermiştir.

*

Adrian ilk görüşmemizden kısa süre sonra uyku çalışması için hastaneye yattı. Narkolepsi için yapılan tanısal testlerden biri olan bu uyku çalışması kapsamında soluk alıp verişini, kalp atım hızını, kas etkinliğini ve beyin dalgalarını izlemek üzere, kendisine çeşitli sensörler takıldı. Gece boyunca, bu sıradışı ortamda uyunabileceği kadar iyi bir uyku uyudu. Ertesi gün Adrian'a ortalama uyku latans testi adı verilen bir test uygulandı. Bu testte iki saatlik aralarla ışıklar kapatılıyor ve Adrian uyumaya çalışıyordu. Böylece hangi hızla uyuyakaldığı ve bu yirmi dakikalık aralıklarda hangi uyku evresine girdiği izlenebilecekti.

Narkolepsinin belirtilerinden önemli bir bölümünün olası nedenlerini anlamaya başlamamızı sağlayan etken, 3. Bölüm'de açıklandığı üzere, Aserinsky ve Kleitman'ın 1950'lerde REM uykusunu keşfetmeleriydi. Daha önce söz ettiğimiz gibi, normal REM uykusunda (hikâye tarzında rüyalar gördüğümüz uyku evresi) hemen hemen bütün kaslarımız felç halindedir. Beynimiz neredeyse uyanıklıktaki kadar etkin olsa da, vücudumuzun onunla bağlantısı kopmuş gibidir. Genel olarak, altmış ila yetmiş dakika boyunca uyumadan girmeyiz REM evresine. Kısa sürelerle kestirdiğimizde nadiren rüya görürüz; uykuya dalarken de öyle.

Ancak narkolepside durum böyle değildir. Uyuduktan sonra hızla REM uykusuna dalmanızı engelleyen nörolojik mekanizmalar bu bozuklukta aksar. Narkolepsi şikâyeti olan insanlar gecenin çok erken bir zamanında, bazen de uyanıklığın hemen ardından, bir anda REM uykusuna girebilirler. Yirmişer dakikalık kısa kestirme sürelerinin yer aldığı ortalama uyku latans testinde, birden fazla REM uykusu dilimine girmek, narkolepsi için karakteristik bir durumdur. Böylece narkolepsinin bazı belirtilerinin neden ortaya çıktığını anlamak kolaylaşır. Uyanıklıktan doğrudan rüya uykusuna geçerseniz, uyanıklıktaki rüya deneyimleri, kendilerini yattığınız yerden bir şeyler görüp işitmeniz biçiminde gösterebilir. REM uykusuna özgü kas güçsüzlüğü siz uyanıkken ortaya çıkarsa da, kendinizi felç olmuş gibi hissedersiniz. Çok talihsizseniz, ikisini birden deneyimlemeniz de

mümkündür. Böyle bir durumda, odada birileri ya da bir şeyler varken yatağa çakılmışsınız gibi sevimsiz bir hisse kapılırsınız.

Bir çocuk parkında iki tahterevalli olduğunu hayal edin. İki uçları da ağırlıksız olarak serbest halde dengede dururken, ani ve güçlü bir rüzgâr kirişi bir yöne savurabilir. Tahterevallilerden birinin uykuyla uyanıklık arasındaki açma-kapama anahtarını, diğerinin de REM uykusu ile REM-dışı uyku arasındaki anahtarı kontrol ettiğini düşünün. Hipokretin sistemi, her iki tahterevallinin tam en uç noktasına dikkatle oturmuş ve uyanıklık ucunu yere sıkıca bastıran, siz uykudayken de REM-dışı uykuyu aşağıda tutan yüz kiloluk bir halterciyi temsil eder. Halterci kalkıp giderse tahterevalliler yine rüzgârda salınmaya başlayacaktır. Hipokretinin bulunmaması durumunda, narkoleptik kişiler de uykuyla uyanıklık arasında kontrolsüzce gidip gelecek, REM uykusuna bir girip bir çıkacaklardır. Sonuç olarak hipokretin üreten nöronların kaybı gün içinde uykululuk haline ve bazen karşı koyulmaz uyku ataklarına, uyku başlangıcında da uyku felci ve "hipnagojik halüsinasyon" olarak bilinen halüsinasyonlara yol açacaktır.

Bunun ötesinde geceleri REM uykusundan uyanıklığa yapılan sürekli geçişler, aşırı ölçüde "canlı" olan rüyalarla sonuçlanır. Çoğu kişi rüyalarını yalnızca REM uykusundan uyandıktan sonra hatırlar; ancak narkolepsili kişiler için bu durum, kendini gece boyunca gösterir. Ayrıca narkolepsili kişilerin hep çok uykulu olduklarını düşünsek de, 24 saatlik bir periyot boyunca herkesten daha fazla uyumazlar. Gündüzleri daha fazla uyusalar da geceleri uykuları parçalı ve kalitesizdir.

Adrian'a uygulanan çalışmanın sonuçlarına bakarken, gece içinde erken başlayan veya gündüzki şekerlemelerde görülen REM uykusuna dair belirtiler bulmayı bekliyordum ama bunlara ilişkin hiçbir şey bulamadım. Narkolepsiye dair herhangi bir ipucu yoktu ortada. Uyku çalışması, biraz horlama, biraz da bacak hareketine işaret etmekle birlikte, tümüyle normaldi. Katapleksi genellikle uykululuk haliyle birlikte ya da birkaç yıl sonra gelişir. Narkolepsinin başka herhangi bir belirtisi ortaya çıkmadan katapleksinin başladığı enderdir.

Adrian'ı bir sonraki görüşümde bu sonuçları tartıştık. Ona pozitif sonuçlu uyku çalışmasının sıklıkla narkolepsisi bulunmayan kişiler-

de görüldüğünü ve uyku yoksunluğundan kaynaklanıyor olabileceğini, ancak negatif bir sonucun narkolepsi tanısıyla pek bağdaşmadığını söyledim. Psikolojik sorunları olan bazı kişilerde, yaşadıkları sıkıntının bir dışavurumu olarak bariz bir katapleksinin varlığına daha önce tanık olmuştum, ama Adrian bu açıdan tümüyle dengeli görünmüştü bana. Durumu tetikleyecek bariz bir psikolojik unsur yok gibiydi. Bir sonraki adım olarak, omurilikten sıvı alınmasında karar kıldık. Böylece beyin-omurilik sıvısında hipokretinin varlığı araştırılabilecekti.

İki hafta sonra, sonuçlarla yeniden geldi kliniğime. Her şey normaldi. Kalakalmıştım. Katapleksisi bulunan hemen herkeste hipokretin düzeyleri düşük olurdu. Belirtileri yeniden tartıştık. Tarif ettiği şeyin katapleksi olduğundan tümüyle emindim hâlâ. Negatif çıkan sonuçların zihnimi kemirmesine rağmen, ona katapleksiye özgü reçeteyi yazdım.

*

Hipokretin eksikliğinin uykululuk haline, hipnagojik halüsinasyonlara ve uyku felcine nasıl yol açabildiğini anlamak kolay olsa da, katapleksiyi açıklamak biraz daha zordur. Günün ortasında görülen bu tuhaf belirtinin neden bir uyku bozukluğuyla ilişkilendirilmesi gerektiğini anlamak ilk bakışta kolay değildir. Ancak birkaç ipucu vardır bu konuda. Katapleksi atakları sırasında kasların izlenmesiyle, kas etkinliğinde kısa ve yinelemeli "sessizlik" aralıklarının varlığı ortaya çıkar. Bunlar REM uykusu sırasında kas tonusunda görülen sönümlenmeleri andırır. İnsanların "şiddetle titreyerek yere yapışmak" olarak tarif ettikleri şey, aslında kaslarda ortaya çıkan bu kısa halsizlik patlamalarının yinelemeli doğasından kaynaklanır. Kaslarda güçsüzlük genellikle kademeli olarak arttığından insanlar sıklıkla yere çömelme fırsatını yakalayabilirler. Oturur pozisyondayken boyun kasları kısa süreliğine kendini koyuverebilir; bunun sonucunda kişi kas güçsüzlüğüyle mücadele ederken baş hafifçe ileri-geri sallanır. Yüzün etkilenmesi durumunda ise, yüz kasları gevşeyerek sığırmeye benzer bir görüntü oluşturur.

Katapleksinin, nedenleri konusunda bize ipucu veren bir başka

yönü ise, özellikle de atakların uzamasıyla ortaya çıkan halüsinasyon veya rüyalardır. Dolayısıyla katapleksi, REM uykusuyla yakın bir ilişki içinde gibidir. Narkolepsili kişilerde REM uykusunun ya da en azından bazı özelliklerinin gecenin erken saatlerinde beklenmedik biçimde devreye girmesi gibi, görünüşe göre hipokretin eksikliği gündüzleri bazı REM uykusu özelliklerinin uyanıklıkta aniden belirmesini teşvik eder. REM uykusunda ortaya çıkan felç, ayakta ya da oturur konumdayken kendini birden gösterir. Bu, birçok yönüyle John'un geceleri rüyalarını bilfiil canlandırdığı REM uykusu davranış bozukluğunun ayna görüntüsü gibidir. John'un sorunu, geceleri REM uykusu sırasında felcin başlamamasıyken, Adrian'ın sorunu da gündüzleri felcin kontrolsüzce ortaya çıkmasıydı. Katapleksi Adrian'da bütün vücudu etkiliyordu, ama bazı kişilerde etki tek bir vücut bölgesiyle sınırlı olabilir: yüz, boyun, kol veya bacaklar gibi.

Sonuç olarak, katapleksi REM uykusunun bazı unsurlarından ve uyanıklık sırasında beklenmedik biçimde devreye girerek ona eşlik eden felçten kaynaklanır. Ancak tüm bunlar, katapleksinin gülmeyle tetiklenebiliyor oluşunu açıklamada yetersiz kalır. Hatta tetikleyici etken sadece gülme de olmayabilir. Kimi zaman, herhangi bir etkenin yokluğunda bile kendiliğinden ortaya çıkabilir. Kimilerindeyse, kıvılcımı çakmak için şaşkınlık, öfke, keder veya kaygı yeterlidir. Kendilerine yöneltilen bir korna sesiyle sokakta yığılıveren, aile bireyleriyle tartıştığında atak yaşayan hastalarım olmuştur örneğin. Ama gülmek, ya da Adrian'ın deyimiyle "o içsel neşe duygusu", tetikleyici etkenler arasında en yaygın olanıdır.

Aslında gülmeyle gelen kas güçsüzlüğü normal bir durumdur; bu yüzden zaman zaman "gülmekten bitap düştüğümüzü" söyleriz. Normal bireylerde kaslardaki elektriksel etkinliklerin izlenmesi, kahkahayla gülmenin H-refleksi adı verilen refleksi baskıladığını gösterir. Bu, özünde nörologların dize çekiçle vurduklarında ortaya çıkan refleksin laboratuvar versiyonudur. Kataplekside bu baskılanma etkisi çarpıcı biçimde katlanmıştır. Öyle ki klinikte bir hastanın katapleksi atağına tanık olduğum ender zamanlarda, refleks çekici elimin altındaysa, sorunun gerçekten de katapleksi olduğunu doğrulamak için bu refleksleri kontrol ederim.

Deneyler, güçlü duygular deneyimlediğimizde, hipotalamusta hipokretin üreten nöronların çok etkin olduğunu göstermiştir. Öyleyse hipokretin bir şekilde, güçlü duygulara eşlik etmesi normal olan halsizlik hissini frenleyerek zayıflatıyor olmalıdır. Bu nöronların yokluğu, beyin sapının kas tonusu için devreye soktuğu düzenleyici mekanizmanın dengesini bir şekilde bozar.

Ancak bu da açıklamaz tüm hikâyeyi. Ek olarak, beynin amigdala adı verilen yapısı da süreç içinde devreye girer. Bademe biçimindeki bu yapı beynin her iki tarafında, temporal lobların derinlerine yerleşmiştir ve duygusal uyaranların işlenmesinde önemli rol üstlenir. Amigdala kaynaklı epilepsi nöbetleri, sıklıkla güçlü duyguların (büyük ve ezici bir korku gibi) aniden deneyimlenmesine yol açar. Narkolepsili hastalarla yapılan çalışmalar, komik resimlere bakarken amigdalanın etkinliğinde değişimler olduğunu göstermiştir. Narkoleptik köpeklerde ise, katapleksi ataklarıyla birlikte amigdaladaki elektriksel etkinliklerin de değiştiği düşünülmektedir. Tahminlere göre, amigdala kaynaklı nöral devreler, kas aktivitesini korumada rol alan beyin sapı alanlarına uzantılar gönderir. Uyanıklıkta bu bağlantılar hipokretin tarafından baskılanır; ancak narkolepside hipokretinin yokluğu, devrelere etkiyen freni ortadan kaldırır. Bunun sonucu, yüksek amigdala etkinliğiyle birlikte kas gücünün yitimidir.

Ama bütün bunlar gerçekten de çok tuhaftır. Güçlü duygularla kaslardaki güç kaybı arasında herhangi bir bağlantı için nasıl bir gerekçe olabilir ki? Beyinlerimiz, neden duyguların nörolojik merkezi olan amigdala ile, kaslarda güçsüzlüğe yol açan beyin sapı çekirdekleri arasındaki bu bağlantıları içerecek şekilde tasarlanmış olabilir? Duygu yoğunluğunun yaşandığı zamanlarda güç yitirmek, evrimsel açıdan akla pek de uygun değil gibidir. Bir yırtıcının varlığı karşısında dehşete düşmüşken dizlerinizin bağının çözülmesi, isteyeceğiniz son şeydir – hem gülmekten bitap düşmek nasıl bir yarar getirebilir ki size?

İlginç ama kanıtlanmamış yeni bir hipoteze göre, katapleksi "tonik hareketsizlik" adı verilen durumla ilintilidir. Bu durum, saldırı altındaki birçok hayvanın yaptığı ölü numarasını temsil eder. Tehdit altındayken yere yuvarlanıp ölü numarası yapan keseli sıçan bunun

klasik örneği olsa da, tonik hareketsizlik köpekbalıkları, tavuklar, domuzlar ve yılanlar da dahil, hayvanlar arasında oldukça geniş bir yelpazede gösterir kendini. Bazı hayvanlar belirli bir duruşta donakalsa da, çoğunlukla kaslar büyük ölçüde gevşer ve vücut kum torbası gibi yumuşar. Tonik hareketsizlik insanlarda tanımlanmamış olmakla birlikte, "korkudan donakalma" ifadesi benzer bir durumun bizde de olabileceğine işaret eder.

Sonuç olarak, tonik hareketsizlikle katapleksi arasında benzerlikler olduğu ve amigdala ile beyin sapı arasındaki bağlantıların evrimsel geçmişimizden kaynaklandığı ileri sürülmüşse de, bunlar kahkaha ya da neşe gibi olumlu duyguların bu sinirsel yolları tetikleyebiliyor oluşunu yine de açıklamaz. Açıklayamadıkları bir şey de, dostların varlığında ve rahat bir ruh hali içindeyken katapleksinin gerçekleşme olasılığının neden daha fazla olduğudur. (Katapleksiye klinikte nadiren tanık olunur, çünkü insanlar genellikle doktora görünmek üzere hastaneye geldiklerinde kaygılı olurlar.) Bununla birlikte, en azından ilgili devrenin varlığı ve duygularla felç arasındaki bağlantı için bir açıklama sağlayabilirler.

*

Tedavisi başladıktan birkaç hafta sonra yeniden görüştük Adrian'la. Tedaviye verdiği yanıt hem şaşırtıcı hem de sevindiriciydi. Küçük dozda aldığı ilaç, yığılmaların neredeyse tümüyle kesilmesine yetmişti. "[İlaç] neredeyse bir ışık düğmesine benzer etki gösterdi bende," diye anlattı.

İlaca başladıktan sonra, yanılmıyorsam hiç tam bir yığılma gelmedi başıma. Yığılmaya yakın diyebileceğim bir şey yaşadım gerçi – tam yığılmadan önce hissettiğim o güçsüzlüğü yani. Farklı zamanlarda, kontrolümü yitirmek üzere olduğumu hissettiğim oldu. Espri yapmaya çalıştığım birkaç kez o tuhaf hisse kapıldım... Açıklaması çok zor bir his bu. Sırtımın alt kısmında girdaba benzer bir kıpırtı gibi. Ama başlar başlamaz kaybolup gitti her seferinde.

İzleyen birkaç yıl düzenli olarak görüştük Adrian'la. Katapleksisi kontrol altındaydı artık, ancak giderek daha uykulu hale geldiği de açıklık kazandı zamanla. Önceleri bunu işinin getirdiği strese, sınırlı

uykuya, evle işyeri arasındaki uzun mesafeye bağlasa da, nedenin bunlardan ibaret olmadığını sonunda fark ettik. Narkolepsiyi bu sefer daha kesin biçimde belirleyebilmek için yeniden bir uyku çalışması programladık ona. Ve şaşırarak gördüm ki, uyku çalışması yine tümüyle normal sonuçlar vermişti.

Durumu karşısında ikimizin de duyduğu merak, bizi omurilikten sıvı alma uygulamasını tekrarlamaya yöneltti. Böylece hipokretin düzeyini yeniden ölçebilecektik. Sonuçları değerlendirmek için tekrar görüştüğümüzde, hipokretin düzeyinin iki yıl öncekiyle aynı olduğunu gördüm. Hatta *tümüyle* aynıydı! Sonuçlara daha yakından baktığımda, laboratuvarın bana iki yıl öncesinin sonuçlarını gönderdiği ortaya çıktı. Laboratuvarı aradığımda öğrendim ki, yeni testlere göre Adrian'daki hipokretin düzeyi neredeyse algılanamayacak kadar düşüktü. Katapleksi başlangıcından yaklaşık üç yıl sonra gelmişti bu sonuç.

*

Hipokretin eksikliği katapleksili narkolepsinin özelliklerini açıklasa da, hipokretin üreten nöronların neden ortadan kaybolduğu sorusu hâlâ ortadaydı. Lateral hipotalamus bölgesindeki bu nöronlar Adrian'da neden sırra kadem basmıştı? Yanıt, açık ki tek bir genetik mutasyonun, hipokretinin algılanmasında başarısızlığa yol açtığı Stanford köpeklerinde olduğu gibi dolaysız değildi. Daha önce sözünü ettiğimiz kişiyi saymazsak, insanlarda bu durumdan tek başına sorumlu olan bir genetik anormallik bulunamamıştı.

Çoğu narkolepsi hastasında belirli bir genetik belirteç bulunduğu, nedeni bilinmeyen birtakım hastalıkların araştırıldığı 1980'lerde ortaya çıkmıştı. Narkoleptik kişiler, bağışıklık sisteminin denetim ve düzenlenmesinde devreye giren bir gen kompleksinin (insan lenfosit antijeni, HLA) genetik bir varyantını taşımaktaydı. (Bu gen kompleksinin varlığı ilk kez, organ nakillerinde gerçekleşen doku reddi için bir açıklama aranırken belirlenmişti.) Katapleksili narkolepsi hastalarının çoğu HLA-DR2 varyantı açısından pozitifti. Bu varyant, enfeksiyonla savaşan akyuvarlara, enfeksiyon etkeninin parçalarını (antijenleri) sunmaktan sorumluydu.

Bu bulgu, narkolepsinin gelişmesinde bağışıklık sisteminin rol oynuyor olabileceğine dair ilk işaretti. (Belirli HLA tipleriyle ilişkili olan lupus ve romatoid artrit gibi birçok başka hastalık da bariz bir otoimmün temele sahiptir.) İzleyen çalışmalar, katapleksili kişilerin neredeyse tümünde (yüzde 98'e varan oranında) bulunan ve DQB1 *0602 adı verilen bir başka HLA tipiyle narkolepsi arasında daha da güçlü bir ilişkinin varlığını ortaya koydu. Ancak bu da eksiksiz bir açıklama sunmuyordu, zira popülasyon içinde yaklaşık dört kişiden birinde bu HLA tipi bulunmakla birlikte, narkolepsi iki binde bir gibi çok daha düşük bir oranda görülür. Ayrıca daha yakın tarihli genetik çalışmalarda, narkolepsi riskini artıran başka genlerin varlığı da belirlenmiştir; T hücrelerindeki (bağışıklık sistemimizin temel unsuru olan akyuvarların bir altkümesi) reseptörleri kodlayan genler gibi.

Sonuç olarak, narkolepsi de bir tür otoimmün hastalık olabilir. Adrian'da hipokretin üreten hücrelere bir şekilde saldırıda bulunarak ciddi bir hipokretin eksikliğine yol açan etken, belki de kendi bağışıklık sistemiydi. Ama durum gerçekten böyleyse ve bu yıkım, bağışıklık sistemimizin çalışmasını etkileyen genlerle bu kadar yakından ilişkiliyse, bu sıradışı bağışıklık tepkisini tetikleyen şey ne olabilir? Ve neden doğru HLA tipine sahip olan insanların yalnızca çok küçük bir oranında kendini gösterir? Bu meseleye yakın gelecekte bir açıklama getirilebilir gibi görünüyor. Uzun süredir çeşitli gözlemler, narkolepsi başlangıcının yıl içinde dalgalanmalar gösterdiğine işaret ediyor. Bu ise, bozukluğun grip veya boğazda ortaya çıkan streptokok enfeksiyonları gibi kış dönemi enfeksiyonlarıyla ilişkili olabileceğini akla getiriyor. Aslına bakılırsa narkolepsili kişiler, narkolepsi başlangıcından önceki yıl grip geçirdiklerini sıklıkla bildirirler.

Ancak enfeksiyon ile narkolepsi arasında var olabilecek bir bağlantıya dair ilk işaretleri bize sağlayan, 2009-10 yıllarında ortaya çıkan küresel H1N1 domuz gribi salgını oldu. O kışı iyi hatırlıyorum. Medya, dünyayı kasıp kavuran bu yeni grip suşunun agresif doğası hakkında hikâyelerle dolup taşıyordu; Ulusal Sağlık Hizmetleri, gribin etkilerini hafiflettiği söylenen Tamiflu ilacından büyük miktarlarda depolamıştı; yoğun bakım birimimizde domuz gribi hastaları için yataklar ayrılmış ve ortalıkta hafiften panik havası esmeye baş-

lamıştı. Kimse olacaklar hakkında tahmin yürütemese de durum pek parlak görünmüyordu. Birkaç ay içinde H1N1 vakalarını bildiren ülkelerin sayısı otuzu bulmuştu. H1N1 grip suşu için ortak kararla küresel bir aşılama kampanyası başlatıldı; hatta aşılanmak için hastanede ben de sıra beklemiştim. Sonunda grip mevsimi, herkesin korktuğu toplum sağlığı felaketine dönüşmeden sonlandı. Ama şu da bir gerçek ki, hastanede kimi ölümle sonuçlanan çok ağır vakalarla karşı karşıya kaldığımız da olmuştu.

Gelgelelim aşı kampanyasını izleyen yıl içinde araştırmacılar tuhaf bir şeyin farkına vardılar. Bazı narkolepsi vakaları Avrupa'da H1N1 için kullanılan aşılardan biri olan Pandemrix ile ilişkili gibi görünmekteydi. Bu aşının kullanıldığı ülkelerde, özellikle de çocuklar olmak üzere narkolepsiye yakalananların sayısı çarpıcı biçimde artmış, ancak benzeri bir artış, farklı bir aşıyı kullanan ABD'de ortaya çıkmamıştı. İzleyen yıllarda yeni vakaların sayısı aşılanma programından önceki düzeylerine düştü. Ancak narkolepsi başlangıcıyla ilişkili tek etken aşılanma değildi. Çin'de bazı narkolepsi vakaları, H1N1 virüsünün kendisiyle ilişkilendirilmişti. İlginçtir ki, hasarlı bağışıklık sistemiyle üretilmiş farelerde, H1N1 virüsü hipotalamus ve beyin sapına göç ederek uykunun aksamasına doğrudan yol açmıştı. Beynin bu bölgelerinde viral bileşenlerin yüksek düzeylerde ifade edilmesi, bağışıklık sisteminin sağlam olması durumunda fareleri otoimmün hasara özellikle duyarlı hale getirebilir. Dolayısıyla, narkolepsi sadece Pandemrix aşısı tarafından değil, bu grip virüsü suşunun kendisi tarafından da tetiklenebilir gibi görünüyor.

Kendimizinki de dahil olmak üzere izleyen çalışmalar, Pandemrix ile narkolepsi arasındaki güçlü ilişkiyi gün yüzüne çıkardı ve aşı, narkolepsinin başlama riskinde iki ila yirmi kat artışla ilişkilendirildi. Fakat vaka sayısındaki bu artış, yaygın kullanılan diğer H1N1 aşısıyla ortaya çıkmamıştı. Bunun nedeni bütünüyle anlaşılamamış olsa da, içerdikleri virüs parçalarının doğası ve miktarları bakımından iki aşı arasında küçük farklar vardı. Araştırmalar H1N1 virüs parçalarının kimyasal yapısının, hipokretin reseptörünün bazı bölümlerindeki yapıya oldukça benzediğini gösterdi; bu da belirli koşullarda bağışıklık sisteminin, virüs veya aşıya karşı başlattığı bağışıklık tep-

kisinin yanlışlıkla hipokretin sistemini de hedef alabileceğine işaret ediyor. Yani hipokretin üreten hücreler bir nevi "sivil zayiat" olarak düşünülebilir.

Bağışıklık sisteminin yol açtığı tali hasar, nöroloji dünyası için yeni bir kavram değildir. Benzeri bir temeli olan birçok nörolojik bozukluk vardır. Çevresel (periferal) sinirlerin yaşamı tehdit eden yıkıcı bir hasara uğradığı Guillain-Barré sendromunun, gıda zehirlenmesine neden olan *Campylobacter* bakterisi tarafından tetiklendiği uzun süredir bilinen bir gerçektir. Beyin veya çevresel sinirlerin enfeksiyon ya da aşılanma sonrasında hasara uğrayabildiği de iyi bilinen bir durumdur. Enfeksiyon etkenleri, bağışıklık sistemini alt etmek için sıklıkla "moleküler taklit (mimikri)" yöntemini kullanır, yani vücudun kendi moleküllerine yapısal olarak benzerlik gösterirler. Bağışıklık sisteminiz bu "taklitlere" karşı duyarlı olacak biçimde yapılandırılmışsa, onları tanıyarak enfeksiyon etkenini ortadan kaldırabilir; ama onlarla birlikte, vücutta kimyasal olarak bu etkenden farksız görünen unsurları da yok eder.

Narkolepsi söz konusu olduğunda, eğer HLA DQB1*0602 alelini taşıyorsanız Pandemrix'in bu tepkiyi tetiklemede, doğal bir enfeksiyon ya da yaygın kullanılan diğer aşıdan daha başarılı olduğu anlaşılıyor. Bunun nedeni aşının üretim sürecinde yatıyor olabilir. Sözünü ettiğimiz bu bağışıklık tepkisinin özellikleri henüz kesin biçimde çözülememiş olsa da, Pandemrix aşısının üreticilerine karşı açılacak toplu davaların hazırlıkları sürüyor.

*

Adrian'la tanışalı neredeyse altı yıl oldu. Katapleksi için küçük dozlarla aldığı bir ilaç ve gün içinde uyanık kalmasını sağlayacak bir uyarıcı ile, katapleksi ve narkolepsisini gayet iyi bir şekilde kontrol altında tutuyoruz. Durumuna rağmen oldukça dolu ve aktif bir yaşam sürüyor. Bir bankada önemli bir yöneticilik görevini yürütürken inanılmaz uzun sürelerle çalışıyor; her gün evle iş arasında meşakkatli bir yolculuk yapması gerekiyor ve üstelik iki küçük çocuğu var. Narkolepsi şikâyeti, yapmak istediklerine engel değil artık. Katapleksiyi

biraz da mizahi yönüyle kabul etmiş durumda: "Dürüst olmak gerekirse, bu hiçbir zaman beni korkutan bir şey olmadı. Geriye dönüp baktığımda, bu yığılmalar beni felç noktasına getirecek düzeyde olsaydı belki de korkardım. Ama neticede sosyal ortamlarda başıma geliyordu. Biraz gülünç bir yanı da yok değildi. Üstelik kısa sürüyordu." Tanıya giden yolu da çok heyecan verici bulduğunu söylüyor Adrian. "Aslına bakılırsa, şu son dört-beş yıl çok ilginçti benim için. Durumum hakkında bir şeyler öğrenmek gerçekten hoşuma gitti."

Onunla konuşunca narkolepsinin ve özellikle de katapleksinin etkisini azımsamak hiç de zor değil. Ama Adrian bile olumsuz etkilerin varlığını kabul ediyor. Kataplekси hastalarının sık sık deneyimlediği bir durumdan bahsediyor: ataklardan kaçınmak amacıyla duyguları dizginlemek. "Bu tür bir durumdan neredeyse kaçındığımın farkına vardım – gerçi bu farkındalık çok da artmaz umarım. Her şey senaryoya bağlı. Kendi evinizin rahat ortamında belki daha az denetliyorsunuz kendinizi. Ama muhakkak bardağı taşıracağını bildiğiniz şeylerden bilinçsizce de olsa kaçınmaya başlıyorsunuz, ki aslında üzücü bir durum bu."

Ama bazı kişiler için katapleksinin hayatı değiştiren sonuçları olabiliyor.

*

Kırklı yaşlarının sonlarındaki Phil, kendisinden birkaç yaş genç olan Kim'le evliydi ve iki küçük çocukları vardı. İngiltere'nin çok güzel bir bölgesinde yaşıyorlardı ve Phil büyük bir telekomünikasyon firmasında kıdemli bir yönetici konumundaydı. Yakın zamana kadar her bakımdan neredeyse kusursuz denebilecek bir yaşam sürmüşlerdi. Onlarla sohbet ederken, ikisinin inanılmaz yakın bir ilişki içinde olduğu hemen anlaşılıyordu.

"Bu kadar yakın olduğumuzdan dolayı herkesin nefret ettiği bir çifttik. Hayatımızın büyük bölümünü birlikte ve uyum içinde geçirdik," diye anlattı Kim. "Phil'in huysuzluk ettiğine hiç tanık olmadım sanırım. Ne de kimseye gereksiz yere aksilik yaptığına. Her zaman tuhaf denecek ölçüde neşeli ve olumlu, her zaman motivasyonludur ve hayatta olup biten her şeyin merkezindedir. Partilerin aranan ada-

mıdır. Aptalca şeyler yapan bir deli olur ya her zaman böyle ortamlarda – öyle biridir işte." Çok genç yaşlardan beri birliktelerdi ve elbette birbirlerinin içini dışını çok iyi biliyorlardı.

Gelgelelim birkaç yıl önce, ailece bir kayak tatili yaptıktan sonra Phil gribe yakalanmış ve iyileşmesi de biraz zaman almıştı. Üç veya dört hafta kadar sonra, kanepeye oturmuş, bir yandan akşam yemeklerini yiyip bir yandan televizyon seyrederken tuhaf bir şey olmuştu. Phil şöyle hatırlıyordu olanları: "Yemeğimi yediğim sırada gözlerim kapanmaya başladı. Neredeyse uyuyakalacaktım yerken; gerçekten acayip bir durumdu ve Kim de fark etmişti. Ben uykuya dalmakta olduğumu anlamamıştım aslında. Sonrasında epey güldük çünkü bayağı tuhaf bir olaydı." "Geçirmiş olduğu viral hastalıktan kaynaklanan bir şey olduğunu düşündük," diye ekledi Kim.

Kısa süre sonra Phil oldukça tuhaf bir şeyin daha farkına varmıştı. "Nadiren oluyordu. Kahkaha attığım veya bir şey hafiften keyfimi kaçırdığı sırada dizlerimin bağı çözülüveriyordu. Önceleri hafifti bu etki ve yaşadığım şey tuhaf bir histen ibaretti. Tansiyon veya benzeri bir şeyden olabileceğini düşündüm. Belki de normal değildi tansiyonum..."

Bunun daha ciddi bir şey olduğunu ilk kez ne zaman fark ettiğini sordum ona. "Bir gece arkadaşlarımızın evine bir-iki kadeh atmaya gitmiştik. Çok güldüğümüz bir sırada bacaklarım tutmamaya başladı. Masaya tutunmak zorunda kaldım. İçimden *gerçekten de çok tuhaf* diye düşündüğümü hatırlıyorum." Pratisyen hekimine yaptığı ziyaret, alelacele hastaneye yetiştirilmesiyle sonuçlanmıştı. Dinlenme nabzı düşük çıkınca, başlangıçta bunun kardiyolojik bir sorun olabileceği düşünülmüştü.

Katapleksi ve narkolepsi olasılığını ilk gündeme getiren ve Phil'in bir nörologdan görüş almasını öneren kişi ise, göründüğü dirayetli kardiyolog olmuştu. Kim ve Phil'e, bu potansiyel tanı karşısında şaşırıp şaşırmadıklarını sorduğumda, Kim'in zaten Dr. Google'a başvurmuş olduğunu öğrendim. "Önceden biraz araştırma yapmıştık ve durumun gerçekten de böyle olabileceğini kendimiz de bir anlamda saptamıştık. Google'da arama yapınca bu tanıyı koyduk çünkü narkolepsi ve katapleksinin bütün koşullarını karşılıyordu Phil."

Bununla birlikte, Phil bir nöroloğa görünene kadar belirtileri ciddi biçimde kötüye gitmişti bile. O dönemi hatırladığında hissettiği sıkıntıyı yüzünden okuyabiliyor, sesinden anlayabiliyordum.

Katapleksiyi tam anlamıyla yaşadığımda –yere yığılıp kaldığımda yani– sorunumun tam olarak bu olduğu konusunda zerre kadar kuşkum kalmadı. Durum öyle bir noktaya vardı ki, artık günde birkaç kez düşüyordum, araba kullanamıyordum, evden doğru dürüst çıkamıyordum ve çocuklara bakamıyordum. Akla gelebilecek her şey tetikleyebiliyordu bunu. Anladım ki, biraz bile eğlenceli veya komik olabilecek kişilerin yanında duramayacaktım artık. Sokakta biriyle selamlaşmak, birinin bana yaklaşarak "Selam Phil, nasılsın?" demesi bile dizlerimin üzerine çökmeme yetiyordu.

Kim devam etti: "Bir piyasa araştırmacısının 'Bir saniyenizi alabilir miyim?' diye sormasıyla bile Phil yerde bulabiliyordu kendini. Şehirde dolaştığımız bir gün bir kitapçıya girdik ve birden arkamda bir ses duydum. Dönüp baktığımda Phil yerde ve bir sürü insanla kuşatılmış durumdaydı. Onun tek başına dışarı çıkmasının güvenli olmadığını o zaman anladık."

Phil'den katapleksisini biraz daha anlatmasını istedim. "Sanki birileri ellerini kafamın içine sokuyor ve ardından beynimi avuçlayıp sıkıyormuş gibiydi, öyle açıklıyordum bu hissi. Bunun sonucunda da bacaklarım çözülüveriyordu. Bilincim bütünüyle yerinde oluyordu. Görüp işitebildiğim için, bayılmadığımın farkında oluyordum."

Açıklamaları, birçok açıdan Adrian'daki katapleksiyi bariz biçimde çağrıştırıyordu. Ancak Phil'de tetikleyici etkenler çok daha çeşitliydi. Katapleksi atağının yalnızca kendi mizah anlayışıyla tetiklendiği Adrian'dan farklı olarak, Phil'de kahkahanın yanında olumsuz duygular da etkenler arasındaydı. Bana deneyimlediği ilk büyük katapleksi atağını anlattı.

Çocuklar haylazlık yapıyor, ben de onlara bağırıyordum ki birden yere düştüm; kelimenin tam anlamıyla yere yığıldım. Ama biri beni aşağı bırakıvermiş gibi bir şey değildi. Yere yavaşça yığılma hareketiydi. Orada öylece yatıyordum ve çocukların güldüğünü işitebiliyordum. Numara yaptığımı sanmışlardı. Durumun farkında olduğumu, görüp işitebildiğimi hatırlıyorum. Dehşet verici bir duyguydu. Belki de yirmi saniye sonra falan tekrar ayaktaydım ve gayet iyi hissediyordum kendimi.

Kim'in anlattığı katapleksi atakları daha da endişe vericiydi.

Kelimenin tam anlamıyla taş gibi düşüyor ve yere yapışıyordu. Üst katta bir egzersiz makinesiyle çalıştığı bir seferinde, çocuklar aşağıya koşarak inip, "Anne! Babamız makineden düştü!" diye bağırdılar. Bir başka seferinde, çocuklardan birine sinirlenince yüksek arkalıklı bir koltuğun üzerine katlanıverdi. Koltuktan inemiyordu çünkü katapleksi atağı geçiriyordu. Koltuğun sırt kısmı kaburgalarını adeta ezmişti. Neredeyse spazm geçiriyor gibiydi.

Phil ailesiyle çektikleri bazı videoları gösterdi. Trambolinde zıplarken veya çocuklarıyla minigolf oynarken birden iki büklüm olup kısmi felçle yere düştüğü sahneler vardı bu videolarda. Bahçe duvarını yıkmak için balyoz kullandığı bir başka videoda, balyozu arkaya doğru savurduğu sırada birden gücünü kaybetmişti. Balyoz neredeyse elinden düşmüş ve vücudu bir anda çözülüvermişti. Aynı tuhaflıkta başka tetikleyiciler de vardı.

Tuhaf gelecek ama, bir keresinde sebep bir sinekti. Evin içine uçuveren bir sinek. Sineği görüp, *Sineklere dayanamıyorum, şundan bir kurtulayım*, diye düşünmüş ve elime bir sineklik almıştım. Sinekliği savuruyordum ki, bir anda kataplektik bir atak geçirip yere düşüverdim. Bunu hâlâ açıklayabilmiş değilim. Sıcak şeyler de var listede. Bir arkadaşıma mangal işinde yardım edeyim demiştim. Isı kaynağına yaklaşır yaklaşmaz mangalın üzerine düşüyordum az kalsın. Belki de tehlikeli bir şey olmasındandır. Pizza yaptığım bir keresinde de neredeyse fırının içine düşecektim. Başka şeyler de var. Yaprakları süpürmek için elime bir bahçe süpürgesi almak gibi. Süpürge yere değer değmez bir katapleksi atağı geçiriyordum. Ve tabii çocuklarla oynamak. Bilirsiniz işte, top atmak, küveti doldurmak gibi şeyler. Tetikleyici etkenler o kadar çoktu ki, aklınız durur.

Önemsiz, küçük gündelik işler veya duygular bile yere yığılmanızı tetikleyebiliyorsa, yaşamınızı bu şekilde nasıl sürdürebileceğinizi hayal etmek zor olsa gerek.

Phil'in baş etmesi gereken tek şey katapleksi de değildi üstelik. Narkolepsi başlangıcından kısa süre sonra başına gelen bir olayı anlattı bana. Phil ve Kim ayrı arabalarda gidiyorlarmış. Kim öndeki arabada, Phil ve çocuklar da arkadakindeymiş. "Arabada çocuklarla birlikte gidiyorduk. Üstü açılabilen bir arabaydı, biz de tavan kısmını

açmıştık. Trafik ışıklarına geldiğimizde uyuyakaldım. Çocuklar uyandırdı beni: 'Baba, baba yeşil ışık yandı!' diye bağırdılar. *Aman tanrım, bu gerçekten çok tuhaf*, diye geçirdim aklımdan." Eve döndüklerinde Kim'e olanları anlatmış, Kim de arabanın anahtarlarını ondan hemen almıştı.

Phil'deki belirtiler, yaşamını derinden etkileyecek türdendi. Bitap halde kalakalıyor ve ne araba kullanabiliyor, ne çocuklarıyla ilgilenip oynayabiliyor, ne de evden tek başına çıkabiliyordu. Dışadönük ve son derece sosyal –sportif, aktif ve işinde başarılı– bir adam olmaktan çıkıp eski kimliğinin gölgesine dönüşmüştü adeta. "Phil'in ölmeyeceğini biliyorduk. Kanser olmuş falan değildi, ya da canına kasteden korkunç bir durum yoktu ortada," dedi Kim. Ancak narkolepsi tanısıyla gelen gündelik sınırlamaların yanında, durumun gerçekliğini de yavaş yavaş idrak etmeye başlamışlardı. "Hastalık, yaşama sevincinizi çekip alıyor," diye devam etti Kim. "Daha önce zevk aldığımız, eğlenceli bulduğumuz ya da yaşamımıza güzel bir şey katan her ne vardıysa, hepsi uçup gidiverdi, çünkü Phil artık bunları yapamıyordu."

Tanının hemen ardından, kendisini daha uyanık tutacak bir uyarıcı reçete edilmişti Phil'e. Amfetaminin de dahil olduğu daha eski uyarıcıların, katapleksiye olumlu katkıda bulunan ilave bir etkisi vardır, ama Phil modafinile başlatılmıştı. Öğrencilerin bir "zihin açıcı" olarak aşina oldukları ve çalışmalarına yardımcı olsun diye internetten sık sık sipariş ettikleri, görece yeni bir uyarıcıydı bu. Ancak Phil'in katapleksisinde herhangi bir iyileşme olmamış, hatta durumu daha da kötüye gitmeye başlamıştı.

Katapleksi için uygulanan standart tedavi antidepresan ilaçlara dayanır. Bunlar beyin kimyası üzerinde çeşitli etkiler gösterirler: kullanılabilir serotonin, noradrenalin ve dopamin düzeylerini yükseltmek gibi. Asetilkolin düzeyini düşürenleri de vardır. Bunların katapleksi de tam olarak nasıl bir etki mekanizmasıyla çalıştıkları belirsizliğini hâlâ koruyor olsa da, noradrenalin takviyesiyle beyin sapındaki bir çekirdekte (locus coeruleus) etkinliğin arttığı biliniyor. Bu çekirdek, kas tonusunun korunmasında temel bir rol oynar.

Ancak Phil'in katapleksisi öyle şiddetliydi ki, nöroloğu sodyum

oksibat adı verilen daha yeni bir ilaç için fon bulma yoluna gitmişti. Sodyum oksibat, hem keyif verici bir madde olarak kullanılan hem de vücut geliştiriciler tarafından kas geliştirmek için istismar edilen GHB'nin (gama hidroksibütirat) bir bileşenidir. Son derece pahalı bir farmasötik madde olduğundan, elde edilmesi güçtür. Aşırı tuzlu bir tadı olan sıvı formdaki ilaç, gecede iki kez içilir ve kişiyi çok derin uykuya iterek, bu bakımdan anestezik bir maddeye yakın etki gösterir. Uyku kimi zaman o kadar derin olur ki, idrar keselerini boşaltmak üzere uyanmayı başaramayan hastalar idrar kaçırma deneyimleri yaşarlar. Ancak kötü gece uykusunu, gündüz uykululuk halini ve narkolepsi hastalarında kataplekSiyi tedavi etmede genellikle çok etkilidir. Sodyum oksibatın ne şekilde etki gösterdiği hâlâ açıklık kazanmamış olsa da, GABA olarak anılan nörotransmitere (sinirsel iletici-ye) özgü reseptörlere bağlandığı biliniyor. Ayrıca locus coeruleus'un da bu kimyasaldan etkilendiği tahmin ediliyor. Kuramsal olarak, sodyum oksibatın etkisiyle amigdaladan gelen girdilere duyarsız hale gelen locus coeruleus, duygusal tetikleyicilere daha az yanıt veriyor olabilir.

Phil sodyum oksibatın etkisini ânında görmüştü. Bu etkiyi şöyle hatırlıyordu: "Her şey bir anda oldu. Gece ilacı aldım ve ertesi gün uyandığımda farkı hissedebildim. Enerjim artmıştı. Çok şaşırtıcıydı. İlacı alan başka insanlarla ilgili birçok şey okudum. Epeyce zorlanıyor ve etki göstermesi için uzun zaman beklemek zorunda kalabiliyorlardı; ya da mideleri bulanıyordu sürekli. Hiçbiri olmadı bende. Ne yan etki ne bir şey. Ânında gösterdi etkisini."

Sodyum oksibat kullanmaya başlamadan önce günde yaklaşık on kez düşüyordu, oysa ilaçla birlikte hızla gelişme kaydetmişti. "Haftada bir-iki kez düşüyordum sadece. Ama çoğunda gerçek anlamda düşmüyordum bile. Üstelik o sıralarda bununla baş etmek için bazı yollar da öğrenmiştim. Kollarımı sıkıca kavuşturmak veya yere oturmak gibi şeyler mesela." Ama tam bir denetimin hâlâ uzağındaydı. Etkisi son derece güçlü olan bu ilacın dozunu artırmaktan çekindiği için genel olarak epey uykuluydu ve kataplekSisi de hâlâ sürmekteydi, şiddeti büyük ölçüde azalmış da olsa.

Phil'le ilk görüşmemizde, onu sodyum oksibat dozunu artırmaya

ikna ettim. Almakta olduğu doz onun için yeterli değildi. Sonrasında şöyle dedi bana: "Artık çok nadiren oluyor. Olduğu zaman da epeyce hafif seyrediyor. Kesinlikle düşmüyorum." Bir an durdu ve düşündü. "Aslına bakarsanız çocuklarım, sınırları düşmeme ramak kalana kadar zorlamayı iyi beceriyorlar. Düşmüyorum ama dizlerimin üzerine çökmek zorunda kaldığım oluyor." Çocuklarla baş etmeye çalışmanın getirdiği –ve her anne babanın aşina olduğu– o malum hüsran ve yılgınlık duygusu, anlaşıldığı kadarıyla tek tetikleyici etkendi artık Phil için.

Gelgelelim uykululuk hali sürmekteydi ve belirtileri tümüyle kontrol altına almak için daha yapılması gereken şeyler vardı. Bu durumun ilişkilerini nasıl etkilediğini ikisine de sordum. Kim'in açık sözlü cevabı içimi burktu:

> Farklı biriyle evli olduğum düşüncesine mecburen alışmış gibi hissediyorum. Eski Phil bugünlerde sık sık geri dönüyor, ki bu güzel bir şey. Ama bu tümüyle Phil'in geceyi iyi geçirip geçirmediğine, gün içinde kendini nasıl hissettiğine ve neler yaptığına bağlı. Tüm bunlar nasıl bir çift olduğumuzu muazzam ölçüde etkiledi. Artık dışarıya pek çıkmıyoruz. Yemeğe çıkmak eskisi kadar neşe vermiyor bize, çünkü yemeğini yer yemez uykusu geliyor. Dolayısıyla dışarıda yemek bizim için pek de keyifli bir deneyim değil.

Kusursuz ilişkilerinden gayet memnun oldukları o tasasız günlere geri döndü ardından. "O inanılmaz ilişki artık eskisinden çok farklı. Arkadaşlarım dalga geçiyor benimle. 'Hah hah, gerçek evlilik hayatına hoşgeldin!' diyorlar." Her daim neşeli ve tasasız, partilerin aranan adamı Phil'in –en azından şimdilik– ortadan kaybolmuş olduğu konusunda ikisi de hemfikirdi. Phil şöyle dedi: "Eskiden neysem hâlâ o olduğumu söyleyebilirim aslında. Ama hâlâ aynı şeyleri yapmak istediğim için hüsrana uğruyorum. Motivasyonum yok. Gücüm yok. Çalıştığım odadan aşağıya indiğimde Kim'e, 'Selam, n'aber? Ben şöyle bir kestireceğim,' demekle kalıyor ve sonra yine gözden kayboluyorum."

Genelde uykulu oluşu, çocuklarıyla iletişimini de değiştirmişti. Daha çabuk sinirleniyor ve ters cevaplar veriyordu. Önceleri sahip olduğu o enerjiden eser kalmamıştı. Eskiden ailece dışarı çıkmalarını

sağlayan kişi hep kendisiyken, Kim'le rolleri değişmişlerdi. "Eskiden ne idiyse onun tam tersi artık. 'Çıkmamız şart mı? Evde otursak olmaz mı?' diye soran hep ben olurdum," diye anlattı Kim. "Phil de 'Hadi ama, yapma!' derdi bana. Şimdiyse hiçbir şey yapmak istemiyor canı. Bu yüzden hep onu bir şeylere teşvik eder buluyorum kendimi."

Kayıp hissi barizdi ve geleceğin belirsizliği, üzerlerinde bir bulut gibi dolaşıyordu. Ama şunu de ekledi Kim: "Hiçbir şey bizi ayıramayacak. Birbirimizle dost birer insan olarak daha fazla çabalayacak ve birbirimizi çok daha fazla gözeteceğiz sadece. Ama Phil için bunu yapmak gerçekten çok zor, çünkü bütün hayatını bitkin bir halde sürdürüyor." Onlara, bu konuda ilerleme kaydedebileceğimiz konusunda iyimser olduğumu söyledim.

Başkalarının tavrının yaraya tuz bastığı görüşündeydi her ikisi de. "Görünmez bir hastalık bu. Phil, başkalarının gözünde sağlıklı ve normal bir kişi," dedi Kim.

İnsanlar bu bozukluğu zerre kadar anlamıyor ve bir de bunun için mücadele vermek zorunda kalıyoruz. Phil, garibim, her karşılaştıklarında bazı insanlara durumunu tekrar tekrar açıklamak zorunda kalıyor, çünkü bir türlü anlamıyorlar durumu. Bir çift ve birer birey olarak bunun bizim için ne büyük bir baskı ve gerilim kaynağı olduğunu insanların kavradığını sanmıyorum. Ne de durumu idare etmeye çalışırken bir yandan da yaşamını ve işini sürdürmenin, çocukların, ailen ve dostlarınla ilişkilerini korumanın ne kadar çaba ve enerji gerektirdiğini.

Ve devam etti:

İnsanlar hâlâ bunun komik olduğunu düşünüyorlar. Bir etkinliğe katılıyoruz, mesela çocuklarımızın gösterisine, ve ardından biri çıkıp şöyle bir espri yapıyor: "Phil uyanık kalabildi mi bari?" İçimden soruyorum: "Bunun nesi komik? Bu nasıl bir soru? Böyle bir şeyi sormak nereden geliyor aklına? Phil kanser olsaydı 'Phil gösteri sırasında kendini çok hasta hissetti mi?' diye sorabilir miydin? Hayır soramazdın! Öyleyse bunu da sorma. Hiç komik değil."

Kim'in öfkesinin, Phil'i koruma arzusundan kaynaklandığını düşündüm. Phil ise biraz daha hoşgörülüydü. "Bunun espri konusu olmasını o kadar da takmıyorum kafama. Durumu anlıyorlarsa, o zaman

espri yapıp gülebiliriz. Ama karşımdaki durumu anlamıyorsa ve bilgisizse, o zaman şakaları pek komik bulmuyorum."

*

Nöroloji ve Nöroşirürji kitabının o sayfası karşısında nasıl büyülendiğimi düşününce, kendimi narkolepsili insanlar için büyük bir kliniği idare ediyor bulmam çok da şaşırtıcı gelmiyor, bu yola her ne kadar bilinçli bir çabayla ve etkin bir planla girmemiş olsam da. Tıp fakültesinde okuduğum sıralarda tuhaf ve gizemli bir bozukluk olarak görülen narkolepsi, iyi anlaşılmamış olduğundan sıklıkla espri konusu da olurdu. Şimdi ise kliniğimde oturmuş, narkolepsili insanları günbegün gördükçe, bozukluğun yaşamın neredeyse bütün yönleri üzerindeki yıkıcı etkisi fazlasıyla bariz geliyor bana.

Bununla birlikte, en katışıksız nörolojik bozukluklardan birini temsil eden bu bozukluk üzerinde çalışmak, normal uykunun düzenlenmesini ve bazı kimyasal ve nöronal devrelerin önemini daha iyi kavramamızı sağlıyor. Uyanık kalma becerimizi artık daha fazla takdir ediyorum. Dahası, uyku sorunu olan insanlar için de bazı sonuçları var bu alandaki çalışmaların. Uyanık kalmada hipokretinin oynadığı rolü belirlemek, insanlara uyumada yardımcı olacak bazı yeni ilaçların geliştirilmesini sağladı. Gece içinde geçici bir "narkolepsi" durumunu teşvik ederek hipokretini baskılamak, insomni için potansiyel bir tedavi teşkil ediyor örneğin.

Narkolepsi benim için, sinir sistemindeki belirgin ama küçücük bir lezyonun (hasar görmüş bölgenin), bize insan beyninin işleyişini anlama fırsatı sunmasının temel örneklerinden biri. Bu hastalık talihsiz bir etkenler dizisi (genetik yatkınlık, bağışıklık sisteminin yapısı ve çevresel bir tetikleyiciye maruz kalma) aracılığıyla doğanın bir deneyini temsil ediyor ve birkaç beyin hücresini kaybetmekle uyku-uyanıklık deneyimimizin nasıl altüst olabileceğini gösteriyor bize.

Günümüzde narkolepsi için yeni tedaviler geliştiriliyor ve bazıları şimdiden uygulanmaya başlamış durumda. Olası yöntemlerden en barizi ise, eksik olan hipokretini yerine koymak. Sıçanlarda hipokretini doğrudan beyne vererek bazı sonuçlar elde edilmiş olsa da bu

yöntem insanlarda uygulanamıyor. Geliştirilen burun-içi preparatlarla (preparatı, burundaki mukoza zarlarınca emilmek üzere burun deliklerine püskürtmek yoluyla) yapılan deneyler ise şu âna kadar pek de etkili sonuçlar vermedi.

Halihazırda narkolepsinin kesin tedavisi yok. Araştırmacılar bağışıklık sistemini baskılayıp, hipotalamusta hipokretin üreten nöronlara saldırmasını önlemeyi denediler, ama anlaşıldığı üzere, narkolepsinin belirtileri ortaya çıkana kadar hasar çoktan gerçekleşmiş, müdahale etme fırsatı kaçmış oluyor.

Ancak daha fazla umut vaat eden stratejiler de yok değil: hipokretin üreten hipotalamus hücrelerini yenilemek amacıyla yapılabilecek kök hücre nakilleri; ya da kalan hücreleri daha fazla hipokretin üretmeye teşvik için, onlara virüsler aracılığıyla aktif öncül hipokretin genleri yerleştirmek gibi.

Bu teknolojiler henüz emekleme çağında, ama geldiğimiz noktayı bir düşünün. Narkolepsiyi bir zamanlar gizemli bir hastalık olarak görürken, artık nedenleri ve kökeni hakkında temel bir kavrayış kazanmış bulunuyoruz, üstelik de sadece birkaç onyıl içinde. İyimser olmak için gerekçelerimiz var, dolayısıyla bizi izlemeye devam edin...

7
Vızıldayan Arılar

DAVID(*) İLE FİİLEN TANIŞMADAN uzun zaman önce, bana ayrıntılı bir mektup göndermişti. "Sevgili Dr. Leschziner," diye yazıyordu mektupta, "Partnerim Debra(*)'dan öğrendiğime göre, ciddi düzeydeki uyku sorunumla ilgili olarak benimle telefonda görüşmeyi kabul etmişsiniz. Bu sorun, ne yazık ki zaman içinde giderek artan bir hevesle gösteriyor kendini."

Ardından kendisiyle ilgili birtakım bilgiler vermişti. Bu bilgiler arasında yaşı (yetmiş iki), yaşadığı yer (Dublin kent merkezinin dışı) ve başarılı kariyeri gibi ayrıntılar vardı. David'in hem profesyonel hem de fiziksel anlamda son derece aktif bir yaşam sürdüğü ortadaydı. Her hafta büyük mesafelerle bisiklet sürüyor, düzenli olarak da yelkencilik yapıyordu. Söylediğine göre, kendisine her bakımdan destek olan partneriyle harikulade bir ilişkileri vardı. Sonuçta, mutlu ve dolu bir yaşam sürüyor gibiydi. Ama bir pürüz de vardı bu yaşamda.

"Uyku sorunları ne benim ne de kardeşlerim için yeni bir şey. Erkek kardeşim, iki kız kardeşim ve ben, kendimizi bildik bileli uyumada güçlük çekmişizdir hep." Yirmilerinde başlayan korkunç bir insomniden söz etti bana. Başlangıçta bunu o dopdolu yaşam tarzına bağlamıştı. "İlgi alanlarımın sınırlarını genişletmeye devam etmek için ertesi günü beklemek bile zor geliyordu bana." Ama uykusuzluğu yavaş yavaş kötüye gitmişti.

"Bir gecede uyuduğum süre en fazla iki veya üç saat ve bu da son derece bölük pörçük bir örüntü gösteriyor. Uyuduğum en kısa süre

bazen on dakikayla kalabiliyor, en uzunu ise asla bir saati geçmiyor, ki bu benim için neredeyse lüks diyebileceğim bir deneyim."

David'in yıllar içinde uyku sorunları için birkaç hekime göründüğünü de anladım söylediklerinden. Bir noktada uyku apnesi tanısı almış, ayrıca kendisine sayısız uyku ilacı reçete edilmişti. "Kısa etkili ilaçlar aldım, uzun etkili ilaçlar aldım: Valium, Librium, antidepresanlar... Hepsini de aynı nedenle bırakmak zorunda kaldım. Uyumama az da olsa yardımcı oldukları halde, ertesi günüm resmen iptal oluyordu."

Bilgisayarda küçük puntoyla yazılıp çıktı alınmış bu üç sayfalık mektubu okuyunca edindiğim baskın izlenim, David'in, deneyimlediği insomniye karşı zorlu bir mücadele veren, yoğun yaşam temposunu sürdürmeye çalışan ama ilerleme kaydedemeyen bir kişi olduğuydu. Mektubun sonunda, Dublin'de bir psikiyatriste göründüğünü söylüyor ve sözlerini umutsuz bir havayla noktalıyordu. "[Psikiyatristle] konuştuk ve ardından ona bir sonraki randevu tarihini sordum. Beni tekrar görmesine gerek olmadığını söyledi; çünkü ona göre bu artık öylesine yerleşmiş bir kalıpmış ki, bu konuda kendisinin yapabileceği hiçbir şey yokmuş. On beş yıl kadar önceydi bu."

Planladığımız telefon görüşmesi birkaç gün sonra gerçekleşti. Ben klinikteki odamdaydım, David ve Debra da Dublin dışındaki evlerinde. Yumuşak bir İrlanda aksanıyla konuşuyordu; yaşadığı insomniden bahsederken enerjik, konuşkan ve sakindi. Sözcüklerle arasının iyi olduğu belliydi ve onları doğru ve şiirsel bir üslupla kullanıyordu. En büyük sorunu, uykusunun, hayatını dolu dolu yaşamasına engel oluşuydu. Birlikte mektubunun üzerinden geçtik, ama bahsettiği birkaç şikâyet (mektubunda da kısaca değinmişti bunlara) özellikle dikkatimi çekti.

Uykuya dalmanın ve uykuyu sürdürmenin çok uzun zamandır kendisi için ne kadar zor olduğunu, geceleri yaklaşık yirmi kez yataktan kalktığını tekrarladıktan sonra, tuhaf sayılabilecek bazı belirtiler de tarif etti. Fark ettiği şeylerden biri, genellikle yatağa girmesiyle göğsünde başlayan titreşim hissiydi. Hareket eder etmez titreşim sonlanıyor, uzandıktan kısa süre sonra da yeniden başlıyordu. Son zamanlarda buna ek olarak, yatakta kıpırtısız yatarken sağ ba-

cağında kendini gösteren bir duyarlılığın varlığını da fark etmişti. Bacağını hareket ettirme yönünde bir dürtü hissediyor ve hareket ettirdiğinde de ânında rahatlıyordu. Hem göğsünde hem de bacağında deneyimlediği bu hislerle baş etmesinin yolu, yataktan kalkmaktı. Bunun da ötesinde, Debra'ya bakılırsa geceleri hareketli ve huzursuz oluyor, kol ve bacaklarını savurup yatak başlığını yumrukluyordu. Bu durum genellikle yatağa girdikten sonra 15 ila 20 dakika içinde başlıyor ve birkaç saat sürebiliyordu. Kolları zaman zaman kendisine de çarptığı halde, David bu kol savurma hareketlerinin farkında değildi.

Telefon görüşmemizin sonunda, ona bu kol-bacak savurmalarının ne anlama geldiğinden bütünüyle emin olmadığımı, ama bunların, rüyalarını canlandırmasından kaynaklanıyor olabileceğini söyledim.

Ancak anlattıkları, hiç kuşkusuz huzursuz bacak sendromu adı verilen bir bozukluğu temsil etmekteydi; ve belki de ek olarak huzursuz göğüs sendromunu.

*

Tıp tarihi, resmen onaylanmamış ya da yaygın kabul görmemiş tanılarla dolup taşar. Fibromiyalji ya da kronik yorgunluk sendromu gibi bazıları hem hekimler hem de hastalar arasında ateşli tartışma ve çekişmelere konu olurken, bazılarının ise ürünlerini satmaya hevesli ilaç şirketleri tarafından uydurulduğu düşünülür. Huzursuz bacak sendromu da (HBS) işte bunlardan biridir. Yazıları *British Medical Journal*'da düzenli olarak yayımlanan bir pratisyen hekim, 2013 yılında bu görüşü tekrarladı. Ona göre huzursuz bacak sendromu bir "ilaç sektörü klasiği" idi. "Akla yakın bir biyolojik temelden yoksun"du ve öznel bir ölçeklendirmeye –hastaların bildirdiği ve "sözde-bilimsel bir süreçle geçersiz bir sayısal derecelendirmeye dönüştürülmüş" belirtilerin ölçümlerine– dayanıyordu. "Yirmi yıllık meslek hayatında" ana şikâyeti huzursuz bacak sendromu olan tek bir hastayla karşılaşmamıştı.

Aslına bakılırsa bu yazıdan bir yıl önce, aynı dergi için huzursuz bacak sendromuyla ilgili bir değerlendirme makalesi yazmış ve Eag-

le Rock, Missouri'de yaşayan emekli bir hekimden şöyle bir yorum almıştım:

Huzursuz bacak, kavramsal bir fazlalıktır yalnızca. Bacaklarımızda hareket için tasarlanmış büyük kas grupları vardır. Benim deneyimlerime göre, huzursuz bacak yürüme, koşma, bisiklete binme, dans ve yüzme gibi aerobik egzersiz türlerine olumlu yanıt verir. Daha fazla ilaç kullanımına bahane olmaktan öteye gidemeyecek bitmez tükenmez yeni tanılarla yaşamı tıbbi hale getirmeyelim lütfen.

Bu noktada ya sabır çekmeye başlamıştım.

ABD'li hekimler daha fazla ciddiye alınmasını umarak huzursuz bacak sendromuna daha ağırbaşlı bir isim vermeye kalkıştılar; kabulünün önüne set çeken şey, belki de taşıdığı isimdi onlara göre. Böylece, HBS'yi 1685'te tanımlayan İngiliz hekim Thomas Willis'e ve bozukluğun modern tıp çağındaki en yetkin betimlemesini 1940'larda yapan Karl Ekbom'a atıfta bulunarak, bozukluğu Willis-Ekbom hastalığı olarak yeniden adlandırdılar. Pek de akılda kalıcı sayılamayacak bu adlandırmanın tutmamış olması şaşırtıcı değil elbette. Ancak kuşkucular için benim yapabileceğim bir şey var: onları kliniğime davet edip David gibi hastalarla tanışmalarını sağlamak. Ve Mary Rose gibi...

*

Hayat dolu ve gözleri ışık saçan Mary Rose, yazmaya, ders vermeye ve dünyayı dolaşmaya devam eden bir sanat tarihçisiydi. Yaşı benimkinin iki katı olmasına rağmen benden daha enerjikti. Dış görünüşünde geceleri, hatta gündüzleri de katlanmak zorunda olduğu işkencenin emaresi yoktu. Onu ilk tanıdığımda yetmiş yedi yaşındaydı ve yıllardır huzursuz bacak sendromundan muzdaripti.

"Çok uzun zaman önce başladı," diye anlattı bana; "ama tabii bunun huzursuz bacak sendromu adı verilen bir bozukluk olduğunu bilmiyordum. İnsanlar bana 'Sende kramp sorunu var. Ya kinin alacaksın ya da yatağında şişe mantarlarıyla yatacaksın,' diyorlardı." (Sonradan, şişe mantarının gece krampları için geleneksel bir çözüm yöntemi olarak kullanıldığını öğrendim; gerçi bunun kanıt bakımından

çok da zengin bir temele dayandığını sanmıyorum.)

Mary Rose'dan belirtilerini açıklamasını istedim. "Aslında tanımlaması çok zor, ama sanırım bunu anlatmanın en iyi yolu, bacak derisinin altında vızıldayan arılar benzetmesini kullanmak olacak. Onları yakalayamıyorsunuz ama bacaklarınızı kaşımak geliyor hep içinizden. Yataktaysanız kalkıp yürüme ihtiyacı duyuyorsunuz, çünkü bacaklarınız böyle denetlenemez biçimde seğirip dururken yatıp uyumanız imkânsız."

Anlattıkları, HBS için tipik olan belirtilerdi: özellikle bacaklarda olmak üzere, sadece hareket edince geçen şiddetli bir hareket etme dürtüsü. Bu dürtüye sıklıkla tatsız hisler de eşlik eder: karıncalanma, vızıltı veya elektriklenme hissi, ağrı ve kramp gibi. Uyku açısından bakıldığında asıl kötüsü, HBS belirtilerinin akşam ve geceleri daha şiddetlenip uyumayı olanaksız hale getirmesidir. "Uyumaktan ödüm kopmaya başladı," diye devam etti Mary Rose. "Yatağa girmeyi ertelemek için giderek daha fazla bahane bulmaya başlar olmuştum; çünkü uzanıp başımı yastığa koyar koymaz bu seğirmeler başlıyordu. Bütün gece bununla nasıl baş edeceğim konusunda kendimi oldukça çaresiz hissediyordum. Deneyimlediği duyumlar ve bacak hareketleri, gecede üç veya dört saatten fazla uyumasına izin vermiyordu; üstelik bu bile kısa ve parçalı uyku kesitleri halindeydi. Anlattığı bacak hareketleri ise oldukça karakteristikti.

HBS'li hastalarda sıklıkla iki tip bacak hareketi ortaya çıkar: Bazı hareketler yarı-istemlidir. Bunlar duyumların neden olduğu işkenceden kurtulma çabasının ürünleri olup, istendiğinde bastırılabilirler. Ama HBS'nin ayırıcı özelliklerinden ve bunun "uydurulmuş" değil gerçek bir bozukluk olduğuna ilişkin belki de ilk kanıtlardan biri, derin uykuda ortaya çıkan istemsiz bacak hareketleridir: tekmeleme veya ayak bileğinde görülen seğirmeler gibi.

Uyku sırasında bacakta "periyodik bacak (ya da uzuv) hareketleri" olarak nitelendirilen atma hareketleri, HBS'li kişilerin yüzde 80-90 kadarını etkiler ve her 5 ila 90 saniyede bir kısa süreliğine ortaya çıkabildikleri gibi, gece boyunca sürekli bir seyir de gösterebilirler. Beyin dalgası etkinliklerinin gece süresince izlenmesi, hastaların bu tekmelemeler sırasında uykuda olduklarını doğrular; ancak periyodik

bacak hareketleri de olaya tuz biber eker aslında. Kişiler onları uykuya dalmaktan alıkoyan bu HBS belirtilerini deneyimledikleri gibi, uyumayı başardıklarında da, bacak hareketlerinin etkisiyle uyku kaliteleri bozulur ve bazen uyanırlar da. Ardından işkence devam eder, çünkü bir kez uyandıklarında, HBS belirtilerini bilinçli olarak deneyimleyeceklerdir artık. Hele de şiddetliyse, bu bozuklukla yaşamanın ne kadar zor olabileceğini anlamak zor değil.

"Bütün gece zerre kadar uyumadığım zamanlar oldu, ama ortalamada, aralıklarla uyuduğumu söyleyebilirim," diye açıkladı Mary Rose.

Çok yorgun olduğumda uyur, sonra uyanıp bir-iki saat uyanık kalırdım ve ardından tekrar uyurdum. Kalktığım da olurdu. Durum umutsuz hale gelince kalkıp aşağıya, mutfağa iner ve içecek bir şey hazırlardım kendime. Bacaklarımı yatıştırmasa da zaman zaman beynimi yatıştırabiliyordu bu. Beni ne uyandırıyordu, bilmiyorum. Yani, bacaklarımın uyumamı engellediğini ancak uyandığımda fark edebiliyordum.

Bozukluğu epeyce şiddetli bir düzeyde yaşıyor olmasına karşın, Mary Rose yaşamını yıllarca tanısız ve formel bir tedavi görmeksizin sürdürmüştü. Kininden ve yatakta şişe mantarı uygulamasından vazgeçerek, belirtileri en azından hafifletebileceği birkaç yöntem bulmuştu. "Ayağa kalkıyor ve masaj yapmak amacıyla bacaklarımı iki elimle kuvvetli biçimde ovalıyordum; bazen de bir merhemle. Böylece rahatsızlığım bir ölçüde hafifliyordu. Bunu yaptıktan sonra tekrar giriyordum yatağa."

Mary Rose artık duldu, ama zamanında kocası bu konuda peygamber sabrı göstermiş olmalıydı. Gece boyunca yatağa bir girip bir çıkan, tekme atıp bacak sallayan birinin yanında uyumaya çalıştığınızı bir düşünün. Şöyle dediğinde epey şaşırdım: "Kocam son derece anlayışlıydı ve duruma bir çare bulacağım konusunda hep umudu vardı. Bu nedenle huzursuz bacaklarımdan dolayı hiç şikâyet etmedi." Daha sonra, neredeyse işin başından beri ayrı odalarda uyumaya karar verdiklerini de söyledi bana.

Birkaç yıl direndikten sonra Mary Rose sonunda, kendisine HBS tanısı koyan ve büyük rahatlama sağlayacak bir tedavi başlatan bilgili

bir pratisyen hekim bulmuştu. Ona önerilen ilaç, daha çok Parkinson hastalarına verilen levodopaydı. Mucize tedavi gibi bir şeydi bu.

*

David ve Mary Rose gibi, tanı konması yıllar almış birçok HBS hastası vardır. Özellikle de ne kadar yaygın olduğu düşünüldüğünde, epeyce tuhaf bir durumdur bu. Yakın tarihli çalışmalara göre HBS yetişkinlerde, farklı ölçülerde olmak üzere kabaca on kişiden birini etkiler. Etkilenen çocukların sayısı da tahminen yüksektir. Hatta çocuklardaki "büyüme ağrıları", anlaşıldığına göre yaşamın daha sonraki dönemlerinde sıklıkla HBS ile sonuçlanır. Büyüme ağrılarının, HBS'nin çocuklardaki dışavurumu olması da mümkündür. Bu istatistikler ışığında, daha önce sözünü ettiğim dergi yazarı pratisyen hekimin, yirmi yıllık meslek yaşamında böyle bir kişiyle karşılaşmamış olduğuna inanmak gerçekten güç.

Peki neden bu kadar zordur tanı koymak? Sorun kısmen, HBS'nin kendini birkaç farklı şekilde gösteriyor olmasında yatar. Gece yatağınızda yatmış, uyumakta zorlanıyor ve kıpırdanıp duruyorsanız, huzursuzluğunuzun insomniden kaynaklandığını varsaymak, tersini varsaymaktan daha normaldir. Hastalar genellikle uyku sorunlarının HBS belirtilerinden kaynaklandığını fark etmezler. Bunun yanında, insanların tarif ettikleri duyumlar da son derece çeşitlidir: çekilme hissi, seğirme hissi, solucan veya böcek hareketi, karıncalanma, kaşınma, ağrı, kabarcıklanma hissi, kıpır kıpırlık, elektrik akımı hissi, gerginlik, zonklama gibi. Bazı kişilerde baskın belirti ağrı olabilir. Bu çeşitlilik, sıklıkla yanlış tanıya yol açarak HBS'nin kramp, varis veya sinirsel bir sorunla karıştırılmasıyla sonuçlanır.

Ancak diğer tanılardan farklı olarak, tanının HBS olduğuna işaret eden ipuçları da vardır. Birincisi, bu durumun akşam veya gece saatlerinde ortaya çıkmasıdır. İnsanlar bu sorunu sabahları nadiren yaşadığı gibi, akşam veya geceleri belirtilerin ortaya çıkma eğilimi gösterdiği belirli bir zaman aralığı da vardır. Hastalar bana sık sık HBS'nin varlığını ancak akşam yemeğe oturduklarında ya da televizyon seyrederken fark ettiklerini söylemişlerdir. İkinci ipucu, hareket-

le olan ilintidir. Hareketsiz kalmak belirtilerin güçlenmesine, hareket de geçici rahatlamaya neden olur. Mary Rose geceleri evin içinde dolaştığında rahatsızlığının biraz azaldığını fark etmişti örneğin. Benzer biçimde, David'in belirtileriyle baş etme yöntemi de yataktan kalkmaktı, ki bunun iyi bir gece uykusuna yardımcı olmayacağı kesindi.

*

Tanı koymanın bu kadar sorunlu olabilmesinin başka nedenleri de vardır elbette. David'in belirtileri bacağından çok önce göğsünde başlamıştı. Bu çok sıradışı bir durum olsa da, yıllar içinde belirtilerin birincil etki bölgesinin bacaklar olmadığı birkaç hastayla karşılaştım. Huzursuzluğun kolda, karında, hatta birkaç vakada genital organlarda ortaya çıktığı örneklerdi bunlar. Aslında HBS, almış olduğu isme rağmen, vücudun herhangi bir bölümünü etkileyebilir. Belirtilerin ampüte edilmiş bir uzuvda ortaya çıktığı "hayalet (fantom) HBS" vakaları bile tanımlanmıştır.

Uyku çalışmasından kısa süre sonra David'le yeniden görüştüğümde, hastanede geçirdiği gecenin sonuçları üzerinden birlikte geçtik. Tam bir felaketti sonuçlar. Gece boyunca toplam uykusu yalnızca 20 dakika sürmüştü. REM uykusu hiç görülmediğinden, rüyalarını canlandırıp canlandırmadığını da söyleyemedim ona. Yakalayabildiği o kısacık uyku aralığı içinde önemli solunum sorunları yok gibiydi; ancak 20 dakika, daha önce Dublin'de kendisine konmuş olan uyku apnesi tanısını yalanlamak için fazlasıyla kısa bir süreydi. Gecenin bir kızılötesi kamerayla çekilmiş videosunu daha yakından incelediğimde ilginç bir durum çıktı ortaya. Debra, David'in kollarını uykusunda salladığını bildirmiş ve David de bunu hatırlamadığını söylemişti. Grenli siyah-beyaz görüntüler David'i tam anlamıyla görmeme yetecek düzeyde ayrıntı sağlamıyordu, ama uykusu gelir gelmez –ve kesinlikle uykuya dalmanın öncesinde– sağ kolunu başının üzerinde sallamaya başlıyordu David. Bunu yaptığı sırada uyanıyor ve bu örüntü defalarca tekrarlanıp duruyordu. Daha önce de gördüğüm bir şeydi bu. Birden düşündüm ki, David'in yaptığı hareketler belki de kollarındaki HBS belirtilerini rahatlatmak içindi ve istemli hare-

ketlerle istemsiz hareketler arasındaki bir noktada yer alıyordu. Bunun –huzursuz göğsü ve huzursuz sağ bacağının yanı sıra– huzursuz kollarının bir dışavurumu olup olmadığını sordum kendime.

Beklentileri dengelemeye çalıştığım, biraz daha zor bir konuşmaydı bu seferki. David'e varlığını bildiğimiz şeyleri –HBS'nin çeşitli dışavurumlarını– tedavi etmemiz gerektiği görüşümü ilettim; ancak bu belirtiler tedavi edildikten sonra bile, yıllarca sürmüş uyku bozukluğunun sonucu olarak ortaya çıkmış insomninin sıklıkla devam ettiği ve ayrıca tedavi edilmesi gerektiği uyarısında da bulundum. Önerim, Parkinson hastalığını tedavide kullanılan ama HBS için de onaylanmış ropinirole başlaması ve tedavi süreci oturduktan sonra durumunu yeniden değerlendirmekti.

*

İlk karşılaştığımızda Mary Rose'un başı ciddi anlamda dertteydi. Pratisyen hekimin ona önerdiği ilaç başlangıçta harikalar yaratmış ve belirtilerini neredeyse tümüyle yok etmişti. Ancak levodopa aldığı yaklaşık on yıl içinde, HBS belirtileri giderek şiddetlenmeye başlamış ve günün daha erken saatlerinde ortaya çıkar olmuştu. Kliniğime geldiği sırada levodopayı artık muazzam dozlarda kullanmaktaydı ve buna bir de büyük bir ropinirol dozu eklenmişti. David'e de reçete ettiğim ilaçtı bu.

Karşımda otururken kıpırdamadan durmakta zorlanıyor, bana hikâyesini anlattığı sırada bacakları oynayıp savruluyor ve seğiriyordu. Gayet gerçekçi bir bakış açısı vardı; tümüyle soğukkanlı olmasa da, durumunu şikâyet eder görünmeden anlatmak istediği ortadaydı. Ancak fazla konuşmamasına karşın, artık sabah uyanır uyanmaz başlayan ve hareketle birlikte sadece sınırlı ölçüde hafifleyen belirtilerin çekilmez hale geldiği çok açıktı. Bir koltukta oturup kitap okuma zevki elinden alınmış, "vızıldayan arılar" hissi tırmanmıştı. "Kaşıntıdan çok daha kötü bir şey. Ancak ısırılma hissiyle açıklayabilirim bunu. Ama hafifçe değil de bayağı ısırılmışım gibi. Çok acı veren bir şey."

Neredeyse hiç uyumuyordu. Bir uçak koltuğunda sıkış tepiş oturmak imkânsızdı ona göre; kıpırdanıp duruyor ya da koridorda dola-

şıyordu sık sık. "Tiyatroda hiç ses çıkarmadan oturmak zorunda olduğum daracık bir koltuktayken dikkatimi oyuna veremiyorum bile. Kıpırdamadan oturmak için ızdırap çekiyorum resmen." Asıl terapi aracı bahçesiydi. Yabani otlara acımasızca saldırmak, rahatlamasına yardımcı olacak ölçüde hareket sağlıyordu ona.

Onun durumuyla askerî özel kuvvetler için uygulanan bir eğitim yöntemi arasındaki paralellikler dikkatimi çekmişti. Bu uygulamada askerler, elleri arkalarında bağlanmış olarak havuza atılır, suda çılgıncasına tekme savurmayı bırakırlarsa boğulurlar. Mary Rose da hareket etmeden duramıyordu. Görüşmemizin ilk birkaç dakikası içinde, onun "ogmentasyon" (çoğaltma) adı verilen fenomenin kurbanı olduğu açıklık kazandı.

HBS için uygulanan standart ilaç tedavisi, beyinde dopamin adı verilen nörotransmiterin düzeyini yükselten bir grup ilacı içerir. Dopaminerjik maddeler olarak bilinen bu ilaçların hızlı ve etkili bir HBS tedavisi sağladığı uzun süredir bilinmektedir; hatta bu ilaçlara verilen tepki, HBS'yi benzer durumlardan ayırt ederek, varlığını destekleyecek tanısal bir ölçüt olarak da kullanılır. Levodopanın etkisi, beyin dopamin düzeylerini yükseltmektir ve ropinirol gibi ilaçlar da dopamini "taklit eder". Buna karşılık dopamini baskılayan ilaçlar (antipsikotik ilaçlar gibi) HBS'nin önemli ölçüde kötüleşmesine neden olur. Bu durum HBS'nin nedenleri konusunda bize biraz kavrayış sağlar ve HBS'li kişilerde dopamin regülasyonu sorunlarına işaret eder. Ancak HBS hastalarında dopamin takviyesinin yararlı etkileri onyıllardır bilinmekle birlikte, bu ilaçların karanlık bir yönü de vardır. Özellikle yüksek dozlarda alındıklarında HBS'yi kendileri kışkırtarak, ogmentasyon adı verilen ciddi bir kötüleşmeye neden olabilirler. Bunların uzun süre yüksek yoğunluklarda alınması, belki düzeylerin 24 saatte gösterdiği dalgalanmaların da etkisiyle, HBS belirtilerinin (rahatsızlık verici duyumların etkisiyle ortaya çıkan hareket etme dürtüsünün) günün daha erken saatlerinde kendini gösterip daha şiddetli hale gelmesine neden olabilir.

Ogmentasyon bunun da ötesinde, hareketle gelen rahatlamanın azalmasıyla ve sorunun kollar, gövde veya yüz gibi başka vücut bölgelerine yayılmasıyla da sonuçlanabilir. Tıbbi kurtarıcınız artık iş-

kenceciniz haline gelmiştir. İşte Mary Rose'la tanıştığımda, benim önerip önerebileceğim azami dozun dokuz katı kadar ropinirolün yanında, çok yüksek dozda levodopa da almaktaydı; ki levodopa Birleşik Krallık'ta neredeyse istisnasız biçimde gösterdiği ogmentasyon etkisi nedeniyle HBS için artık kullanılmıyordu bile. Her kademeli doz artışı kısa dönemde geçici bir yarar sağlamış olsa da, uzun dönemde altta yatan belirtileri ilerletmekten başka şeye yaramamıştı. Mary Rose, karşıma çıkmış en kötü ogmentasyon vakalarından biriydi.

Bu ilaçlar başka çarpıcı sonuçlar da doğurur. Dopamin, hareketi etkileyen bir nörotransmiter olduğu kadar, beynin ödüllendirilmesinde de temel önem taşır. Sözgelimi alışveriş veya kumarla ilişkili haz duygusu, dopamin aracılığıyla ortaya çıkar. Ancak dopamini taklit eden maddeler ("dopamin reseptör agonistleri") sınıfındaki ropinirol ve başka ilaçlar, bu ödül sistemini altüst edip kontrolden çıkmasına neden olabilir.

Son yıllarda, bu ilaçların "dürtü kontrol bozukluğu" olarak bilinen bir yan etkisinin farkına varmış bulunuyoruz. Dopamin reseptör agonisti alan hastalar kimi zaman çarpıcı davranış değişimleri sergiler ve sonunda bir ödül olan aktivitelere yönelirler. Kompülsif (zorlantılı) kumar, aşırı alışveriş, kompülsif yeme ya da hiperseksüalite gibi durumlarla kendini gösterir bu davranışlar. Hastalar genellikle davranışlarının değiştiğinin farkında değillerdir. Bir değişimin gerçekleşmiş olduğunu ancak ilacı kestiklerinde ve davranışları normale döndüğünde fark ederler.

İlk kez, bu ilaçları çok daha yüksek dozlarda alan Parkinson hastalarında tanımlanmış olan bu davranış değişimlerinin, HBS hastalarında da ender görülmediğini artık biliyoruz. Parkinson hastalığı üzerinde uzmanlaşmış bir nörolog meslektaşım, kumarda büyük paralar kaybeden ya da internet pornografisine ani ve kararlı bir ilgi duymaya başlayan hastalarından söz etmişti bana. Benim karşıma çıkan en kötü vaka ise bunlar kadar çarpıcı sayılmaz. Tedavisini üstlendiğim bir erkek hasta, model araba koleksiyonu için ayda 50-100 sterlin harcarken, tedaviye başladıktan sonraki ilk ay içinde harcaması 1000 sterlini bulmuştu. Neyse ki bütün hastalarımı ve ailelerini bu olası

yan etki konusunda uyarının her zaman. Bunun da etkisiyle olsa gerek, hastamın koleksiyonu katlanarak büyümeden ilacı kesebildik!

Görüşmemizin sonlarına doğru Mary Rose ile, işleri nasıl düzeltebileceğimiz konusunu tartıştık. İlacı en azından birkaç ay boyunca kesmezsek, bir gelişme kaydetmek muazzam ölçüde zor olacaktı. İlacı bu şekilde almaya devam ederse, ogmentasyon etkisi büyük olasılıkla daha da kötüye gidecekti. Bununla birlikte, dozu düşürmek büyük sorunlar da getirecekti beraberinde. İlacı bir başka ilaçla ikame etmek söz konusu olmadığından, kısa dönemde durumunun daha kötüye gitmesine neden olduğum için beni lanetleyecekti bir kere. Gece uykusu zaten birkaç saatten ibaretken, uyuması artık tümüyle imkânsız hale gelecekti. Sonuç olarak, bir yandan ilacını keserken bir yandan da belirtilerini başka bir yolla tedavi etmek dışında seçeneğimiz yoktu.

*

Peki nedir HBS'nin altında yatan? İlaç sektörünün bize daha da fazla gereksiz ilacı dayatmak için uydurduğu kurgusal bir bozukluk olabilir mi bu gerçekten? HBS için gerçek anlamda tanısal bir test (kalp krizine işaret eden bir elektrokardiyogram, kansızlığı ortaya çıkaran bir kan testi ya da beyin tümörünü gösteren bir MRG gibi) yoktur. İnsanların zihninde kuşku uyandıran ve bunun gerçek değil psikosomatik bir bozukluk olduğuna inanmalarına yol açan şey, belki de bu bozuklukla ilgili nesnel bir testin bulunmayışıdır. Ancak aynı şey migren ve varlığı kabul görmüş birtakım başka rahatsızlıklar için de söylenebilir.

HBS'nin çok daha yaygın görüldüğü belirli gruplar vardır. Demir eksikliği bulunan kişilerde ortaya çıkma olasılığının daha fazla olduğunu biliyoruz örneğin. Hekimi Qui Bo ile konu üzerinde tartışan Sarı İmparator'a atfedilmiş eski Çin metinlerinde, HBS'ye çok benzeyen ve "yemeklerden sonra alınan demir tozu" ile tedavi edildiği söylenen bir bozukluktan bahsedilir. Bu ilişki, HBS'nin ilk "modern" tanımını ortaya koyan İsveçli nörolog Karl-Axel Ekbom'un da dikkatini çekmişti. Kan bağışlamak bozukluğu tetikleyebiliyor, demir takviyesi ise tedavi edebiliyordu.

Ekbom'un çağdaşlarından Nils Nordlander, HBS'yi ilk kez damardan verilen demirle tedavi ettiğini 1953'te bildirmişti. Yakın geçmişte yapılan görüntüleme çalışmaları da HBS hastalarında, beynin birkaç bölgesinde (özellikle de substantia nigra'da) düşük demir düzeylerine tutarlı biçimde işaret eder. "Siyah/kara madde" anlamına gelen substantia nigra, beynin derinlerinde yer alan ve içerdiği hücrelerin nöromelaninle (derimize rengini veren pigmentin bir türü) dolu olması nedeniyle koyu renkli görünen bir bölgedir. Nöromelanin dopaminin öncülü olduğundan, bu hücreler dopamin üreten nöronlar olarak tanımlanır. Substantia nigra'nın ölüm sonrasında yapılan incelemeleri, demir eksikliğini doğrulamanın ötesinde, kan demir düzeyi normal olan kişilerdeki HBS'yi bile pekâlâ açıklayabilir. Görünüşe bakılırsa, bazı HBS hastalarında demirin beyne taşınması sürecinde sorunlar olabilir.

Öyleyse, beyinde düşük demir düzeylerinin HBS ile ilişkili olduğunu düşünüyoruz; ama ya dopamin için ne diyeceğiz? Beyin dopamin düzeylerini artıran ilaçların HBS'yi tedavi edebildiğini, dopamin düzeylerini düşüren ya da dopamin reseptörlerini baskılayan ilaçlarınsa HBS'yi tetikleyebildiğini veya şiddetlendirebildiğini biliyoruz. Çalışmalar HBS hastalarının beyninde dopamin üretimi ve düzeyinin yükselmiş, ancak dopamin reseptörlerinin sayıca azalmış olduğunu gösteriyor. İlk bakışta bu durum hiç de akla uygun değil. Normalin üstündeki dopamin düzeyleriyle tanımlanan bir bozukluk, neden daha fazla dopaminle tedavi edilsin ki?

Güncel hipoteze göre beyin, ortamda çok fazla dopaminin bulunmasına tepki olarak, ona duyarlı reseptörlerin sayısını azaltır. Gündüz saatlerinde sorun değildir bu; ancak dopamin düzeyleri sirkadiyen etki altındadır ve gündüzleri daha yüksekken akşamları düşüş gösterir. Reseptör sayısının zaten azalmış olduğu koşullarda dopamin düzeyleri de düşünce, HBS belirtileri ortaya çıkmaya başlar. Bu hipotez ogmentasyonu da açıklıyor olabilir. Hastalara dopamin takviye edici ilaçlardan yüksek dozlarda vermek, beynin reseptör sayılarını daha da azaltmasına ve dopamin düzeyleri düştükçe bu dengesizliğin artmasına neden olabilir. Bunun sonucu, belirtilerin kötüleşmesi ve günün daha erken saatlerinde başlamasıdır. Mary Rose'da bu ilaçları

kesmenin ardında yatan gerekçe, dolaşımdaki dopaminde gerçekleşen düşüşün, reseptörlerde yıllar boyunca çok yüksek dozlarda alınan ropinirol ve levodopanın neden olduğu aşırı uyarıma bağlı azalmayı tersine çevirebileceği umudu idi.

Ya dopaminle demir arasındaki bağlantı? Bunu nasıl açıklayacağız? Anlaşıldığına göre demir, dopamin sentezinde önemli bir etkendir. Beyinde demir ve dopamin yakından ilintilidir birbiriyle. O zaman düşük demir düzeylerinin, daha düşük dopamin düzeylerine yol açması beklenmez mi? Hâlâ büyük ölçüde belirsiz bir meseledir bu; ancak sıçanlarla yapılan çalışmalar, demir eksikliğinin gerçekten de hücre dışında daha yüksek dopamin düzeyleriyle sonuçlandığını ve bunun ilgili beyin bölgelerinde başka molekülleri de etkiliyor olabileceğini göstermiş bulunuyor. Son derece karmaşık olan bu sistem henüz yeterince anlaşılmamış durumda ve HBS için ileri sürülen "dopaminerjik kuram" da –adı üstünde– bir kuram olmakla kalıyor; ama yine de akla en yakın açıklama bu gibi görünüyor.

HBS bunun yanında kadınlarda daha yaygındır; özellikle de gebelikte. Bu durum kısmen âdet döneminde veya gelişmekte olan fetüsün etkisiyle demir kaybı yaşanmasına bağlı olabilir, ama hepsi bu değil. Gebelikte HBS'den yakınan kadınlar genellikle doğumu izleyen haftanın sonunda, bu açıdan sıradışı bir iyileşme gösterirler. Bu sadece demir düzeyindeki ani artışla açıklanamaz. Hormonal bir etki de devreye giriyor olmalıdır. Ne yazık ki HBS'ye gebelikte yakalanmış kadınlarda, bozukluğun yaşamın daha ileri dönemlerinde yeniden gelişmesi riski daha yüksektir. Böbrek sorunları ve bunun yanında bazı nörolojik bozukluklar da HBS'ye yol açabilir.

Belki de en önemli risk faktörü, HBS'nin aile geçmişinde de bulunmasıdır. HBS'den yakınan kişilerin kabaca yarısında, aynı sorunu yaşayan başka aile bireyleri de vardır. HBS'nin ortaya çıkması olasılığının tek yumurta ikizlerinde, çift yumurta ikizlerine göre daha fazla olması çevresel etkenlerden çok, genetik etkenlerin devrede olduğuna güçlü biçimde işaret eder. David'in aile geçmişinde benzer uyku problemlerinin son derece belirgin biçimde görülmesi, HBS'ye güçlü bir genetik yatkınlığı temsil ediyor olabilir. HBS'de rol oynayan genlerin belirlenmesi için, son verilere göre birçok ülkeden 45.000

HBS hastasının katıldığı çok büyük ölçekli uluslararası bir çaba başlatılmış olup, bozukluğun gelişmesi riskini artırır görünen 19 gen belirlenmiştir. Bu genlerin hepsi sinir sisteminin gelişiminde devreye girerek nöronların büyümesini, nöral devre oluşumunu ve sinapsların (sinir hücreleri arasındaki bağlantı noktaları) biçimlendirilmesini etkilerler.

Ancak hangi genlerin ve hangi nörotransmiterlerin devrede olduğunu bilmek, HBS'nin neden ortaya çıktığını nihai biçimde açıklamaz; bize sağladığı şey birkaç kışkırtıcı ipucu ve üzerlerinde ilerleyebileceğimiz birtakım araştırma yollarından ibarettir. Bununla birlikte, genetik unsurların da devrede olduğunun bilinmesi, beyindeki bazı kimyasal değişimlerin kavranması ve bir gece çalışması süresince uykuda ortaya çıkan periyodik uzuv hareketlerinin gösterilebilmesi, en azından, şüpheci meslektaşlarımı bunun gerçekten de *var olan* bir bozukluk olduğuna, hayal ürünü ya da bir pazarlama taktiğinin parçası olmadığına ikna etmeye yetmeli diye düşünüyorum.

*

David ve Debra'yla yüz yüze yaptığımız ilk görüşme, uyku çalışmasından kısa süre sonrasına denk gelmişti. İkisi de beklediğimden kesinlikle farklıydı. David iki dirhem bir çekirdekti, oldukça sağlıklı görünüyor ve ömrü boyunca uyku sorunları çekmiş olduğu dışarıdan hiç belli olmuyordu. Debra'yla daha önce telefonda görüşmüş ve aksanını duymuştum, dolayısıyla karşımda 60-70 yaşlarında İrlandalı bir kadın görmeyi bekliyordum, ama daha genç ve egzotik görünümlüydü.

Nihayet yüz yüze görüşebiliyor olmamıza memnundum, ama David ropinirolü ancak iki doz alıp bırakmak zorunda kaldığını söylediğinde sevincim kursağımda kaldı. Son derece düşük bir doz almasına rağmen, söylediğine göre iki seferinde de uyandıktan sonra kendini keyifsiz hissetmiş ve bu yüzden kesmişti ilacı. İlişkimizin geleceği pek parlak görünmedi gözüme. Fakat konuşmamızı sürdürdükçe, anlattığı şeyin gerçekten de huzursuz bacak sendromu, huzursuz göğüs sendromu ve huzursuz kol sendromu olduğu konusunda gide-

rek daha fazla ikna oluyordum. Bir deneme daha yapmaya karar verdik, ama bu sefer deriye plaster yoluyla verilen benzer bir ilaç kullanacaktık. Dopamin reseptör agonisti, günde 24 saat boyunca sabit bir dozla yavaşça akacak ve deriden emilecekti. Belki de ilaç düzeyindeki dalgalanmaları bertaraf ederek, daha fazla sorun ortaya çıkmasını engelleyebilecektik. Umutla beklemeye başladım.

Birkaç gün sonra, gelen kutumda Debra'dan bir e-posta görünce hayal kırıklığına uğradım. Ancak açtığımda karşıma çıkan şey, sevinçle yazılmış diyebileceğim bir mesajdı. "David 1 mg'lık plasteri kullanmaya başladı," diye yazıyor ve şöyle devam ediyordu:

O gece, tuvalete gitmek için bir-iki kere kalkmanın haricinde neredeyse 14 saat boyunca deliksiz uyudu. ... Mucize! İkinci gece yine deliksiz uyudu ama ertesi sabah hafif bir sersemlik vardı üzerinde. Üçüncü gece, plasteri her zamanki saatinde değiştirmemeye karar verdi ve başlangıçta uyuyakaldıysa da, uyandığında gövdesinin üst kısmında biraz sıkıntısı vardı (aynı plasteri 30 saat kadar kullandıktan sonra). Bunun üzerine plasteri değiştirdi ve gece yine oldukça iyi uyudu. Biliyorum henüz erken, ama bunca şey denedikten sonra, nihayet bir çözüm bulmuş olma umuduyla tahtaya vurmaya başladık bile.

Bu konuda bir dönüm noktasına ulaşmış olduğumuz düşüncesiyle derin bir nefes aldım. Göğüs bölgesindeki titreşim hissinde ilaçla kaydedilen gelişme ve plaster içindeki ilacın bitimiyle yaşanan geriye dönüş, zihnimde huzursuz göğüs sendromu tanısını pekiştirmişti. Debra'ya cevap yazarak gerçekten de henüz erken olduğunu, ama yalnızca birkaç günlük tedaviyle gelen sersemlik hissinin, David'in onyıllar içinde birikmiş "uyku borcu"nu ödemeye başlamasından kaynaklanmış olabileceğini, yine de durumun düzelip düzelmeyeceğine bakmamız gerektiğini söyledim.

Birkaç hafta sonra Debra'dan bir e-posta daha geldi:

Tedavinin, David'in yaşamını dönüşüme uğrattığını söylemek için yazıyorum. Öyle kaliteli bir uyku uyuyor ki – bu bir mucize. Hep böyle gider umarım!! Kesintisiz uykunun altıncı haftasını doldurmuş olmalı bu aralar ve yaşam kalitesi o kadar iyiye gitti ki... David neredeyse bütün ömrünü uyumadan idare etmeye çalışarak geçirdi. Şimdiyse bambaşka bir insan oldu sanki.

David'in tedavisi tümüyle sorunsuz geçmiş sayılmazdı. Deri plasterleri biraz tahrişe neden olmuştu, ama o farklı bir şey denemek niyetinde değildi. Kullanılabilecek en küçük doz bile yaşamını dönüştürücü etkilerde bulunmuştu. Yaşamını korkunç bir insomninin gölgesinde geçirdikten sonra, artık yirmili yaşlarından beri hissetmediği kadar iyi hissediyordu kendini; bu yüzden derideki tahriş için steroid oranı düşük bir krem kullanmayı yeğlemişti. Plaster göğüs ve bacaktaki duyumlara son vermişti ve Debra'nın söylediğine göre geceleri kollarını sallamayı da bırakmıştı artık. Dopamin içermeyen bir ilaç seçeneğini kısa süreliğine denediysem de, David çok geçmeden yeniden plaster uygulamasına döndü.

İlk yazışmalarımızın üzerinden geçen yaklaşık üç yılın ardından tekrar görüştüğümüzde, David'in yaşamı eskisinden çarpıcı biçimde farklıydı hâlâ. İyi uyuyor ve yapmak istediği her şeyi, izleyecek berbat gece uykusunun beklentisinden kurtulmuş olarak yapabiliyordu. Düşük dozlu plasteri kullanmaya devam ediyordu ve benim de bunu değiştirmeye niyetim yoktu. Belirtilerinin şiddetli olduğu düşünülürse, birkaç yıl içinde ogmentasyon etkisi yaşarsa bana teşekkür etmeyeceği kesindi. Bu nedenle aynı sorunları çıkarmayacak alternatif bir ilacı da, düşük dozda kullanılmak üzere araya sıkıştırdım.

Ancak seçeneklerin birçoğu kendi sorunlarını da beraberinde getirir. HBS tedavisi için kullanılan ilaçların arasında bazı epilepsi ilaçları ve kodeinin de aralarında olduğu opiyat grubu ağrıkesiciler de vardır, ki bunların hepsi bağımlılıkla ilgili kaygıları gündeme getirir. Neyse ki HBS'li hastalarda bağımlılığa ilişkin kanıtlar asgari düzeydedir; hatta ABD'li meslektaşlarımın, en ağır durumdaki hastaları için, eroin yoksunluk tedavisinde rutin olarak kullanılan metadondan bile yararlandıkları olur.

Tedavi, David'e iyi bir gece uykusunun ötesinde yararlar da sağlamış olabilirdi. HBS'nin tıpkı uyku apnesi gibi kalp-damar hastalıkları, yüksek tansiyon ve inme riskinde artışla ilişkili olduğuna dair kanıtlar giderek çoğalıyor. Uyku sırasında HBS ile ilişkili bacak hareketlerini kaydettiğimizde, kan basıncı ve kalp atım hızının yükselmiş olduğunu görürüz. Bu artış, bacak hareketlerinin uykuyu aksatıp aksatmamasından bağımsız olarak ortaya çıkar. Öyleyse, sık tekrar-

layan bu bacak hareketleri, kalp-damar sistemini daha hızlı yaşlanmaya yatkın hale getiriyor olabilir. Ancak bu konu bütünüyle anlaşılmamış olduğu gibi, HBS'nin veya bacak hareketlerinin tedavisiyle kalp-damar sisteminin maruz olduğu riskin azalıp azalmadığını da henüz bilmiyoruz.

Mary Rose'a dönersek, HBS'si nasıl bir seyir göstermişti? Ogmentasyon etkisini kısmen de olsa tersine çevirmek için levodopa ve ropinirol alımını kesmek kolay olmamış, ama alternatif ilaçlarla durum kontrol altına alınmıştı. Dopamini takviye edici herhangi bir ilaç almadığı bir yılın ardından, birtakım başka ilaçlarla yeniden küçük dozda ropinirole başladı. Aradan geçen sekiz yılın sonunda belirtileri makul ölçüde kontrol altındaydı. Artık seksenlerinin ortalarındaydı ve hâlâ yapacak şeyleri vardı, hâlâ dünyanın dört bir köşesine uçuyor ve hâlâ akademik olarak etkin bir yaşam sürüyordu. Bahçe işleri ise, belirtilerinin üstesinden gelmek için kendi başvurduğu yol olarak yerini korumaktaydı.

"Artık biraz huzur bulmuş olmam hayatımda müthiş bir fark yarattı," dedi bana görüşmemizde.

Çünkü biliyorum ki ilaçları aldığım sürece –ki unuttuğum oluyor bazen, ama bacağımda vızıldamaya başlayan arılar sayesinde kısa süre sonra hatırlıyorum– ve üzerinde karar kıldığımız şeyleri yaptığım sürece, huzursuz bacaklardan da kurtulmuş oluyorum. Kimi zaman öyle korkunç bir atak geçirebiliyorum ki, bütün gece ayakta dolandığım oluyor. Ama ilaçları almayı unutmuş olduğumdan kabahat bende. Atak tam güçle geliyor ve atladığım ilaçları telafi etmek için, geçene kadar dolanıp durmaktan başka yapabileceğim hiçbir şey olmuyor.

Belirtilerinden tümüyle kurtulmuş olduğuna tam ikna olmuş sayılmazdım. Karşımda oturduğu sırada, kıpırdanıp bacaklarını oynattıkça, ayaklarını bilek kısmından çevirip durdukça, baldırlarını esnettikçe sandalyesi sürekli gıcırdıyordu. Bunu ona söylediğimde güldü. "Bunu fark eden tek kişi sizsiniz! Sürekli kıpırdandığımın farkında bile değildim. Tümüyle habersizdim bundan!"

Uyku sorunları hâlâ vardı ve HBS belirtilerinin yokluğunda bile kusursuz değildi uykusu. Onyıllar sürmüş uyku bozukluğu, yapacağını yapmıştı. "Orta yaşlarımdayken biçimlenen bu kalıpların, yaşlı-

lığımda artık iyice oturduğunu düşünüyorum ne yazık ki. Belki de çocuklarım doğduğunda ve sabahın üçünde kalkmak zorunda olduğum zamanlarda biçimlenmişti, kimbilir..." dedi dalgın bir ifadeyle. "Her halükârda sabahın üçünde uyanıyorum."

Bir kez uyanmayagörsün, bacaklarında arılardan çok, zihninde düşünceler vızıldamaya başlıyor ve yeniden uykuya dalması zaman alıyordu. Uyuyabilmek için aktif bir çabaya girmek durumu daha da kötü yaptığından, bundan kaçınmak için epeyce uğraşmıştı. "Sesli kitap veya müzik dinleyerek bunu pasif bir süreç haline getiriyorum. Bir süre sonra beynim yavaşlamaya başlıyor ve uykuya gerçekten de hazır hale geliyorum." Ama en azından huzursuz bacak işkencesi çekmediği için şükrediyordu.

*

David ve Mary Rose, HBS hastalarım arasında en çarpıcı olanlarıydı. Şunu da vurgulamalıyım ki, HBS'den yakınan çoğu kişinin ilaç kullanması gerekmez. HBS'nin ne kadar yaygın bir bozukluk olduğu düşünülürse, bu oldukça rahatlatıcı bir durumdur; zira ilaç tedavisine başlama kararı hiç de basit değildir; tedavinin olası yan etkileriyle HBS'nin kendi belirtileri arasında yapılan zor bir seçimdir.

Bunun yerine, yaşam tarzında yapılacak küçük değişiklikler genellikle yeterli olur. Kafeini azaltıp tütün ve alkolden kaçınmak, birçok durumda büyük etki gösterir. Uyku yoksunluğu da HBS'yi olumsuz yönde etkilediğinden düzenli bir uyku örüntüsü yararlı olabilir. Ancak, benim de karşıma sıklıkla çıktığı üzere, gerçekte HBS'nin sonucu olarak ortaya çıkmış "insomnileri" için sedatif (yatıştırıcı) veya antihistaminik (alerji ilacı) almaları önerilmiş birçok kişi vardır. Yatıştırıcı etkili antidepresanlar, antihistaminikler ve birçok başka ilaç HBS'yi kötüleştirebilir veya tetikleyebilir, bu nedenle ilaçları sadece değiştirmek bile çarpıcı sonuçlar doğurabilir. Altta yatan demir eksikliği gibi sorunları arayıp bunları tedavi etmek de belirtileri giderebilir. Ancak HBS'nin kontrol ve idaresinde tartışmasız en önemli unsur, varlığını belirleyebilmek ve bazı hekimleri böyle bir bozukluğun gerçekten de var olduğuna ikna etmektir.

HBS'nin genetik temeli, ona zemin hazırlayan etkenler ve beyinde kimyasal düzeyde olup bitenler hakkında fikir sahibi olsak da, altta yatan neden ne yazık ki hâlâ bir sır. Beyinde olup biten her şeyin, omuriliğin nörolojik işlevlerini er veya geç etkilediği, ileri sürülen görüşler arasında. Belki de, nörotransmiter olarak dopamini kullanan sinir lifleri beyinden aşağı yol aldıklarında, duyuları işleyen devreleri bastırıyordur. Bu durumda, akşamları bu uzantılardaki performansın ve onunla birlikte dopamin düzeylerinin de düşmesi, devreler üzerindeki fren etkisini ortadan kaldırıp bu nahoş duyumların kendiliğinden ortaya çıkmasına neden olacaktır. Frenlerin saf dışı kalması, omuriliğin başka bölgelerinde de etkinlik artışına neden olarak, normalde baskılanmış olan ilkel refleksleri tetikleyebilir. Bu da uykuda HBS'ye eşlik eden periyodik uzuv hareketlerine yol açacaktır.

Birkaç yıl önce Minneapolis'te katıldığım bir uyku konferansında, hayvanlarda uykuyla ilgili bir konuşma dinlemiştim. Su üzerinde yüzdüğü sırada uyuyan bir denizaslanının videosu gelmişti ekrana. Yüzgeçlerinin periyodik hareketleriyle adeta suda yürür gibi yol almasına şaşırmıştım ve bu hareketlerin uyku laboratuvarında gördüğümüz bacak hareketlerine benzerliği dikkatimi çekmişti.

Belki de (burada tamamen spekülasyon yapıyorum, ki nöroloji ve uykunun birçok alanı spekülasyona açıktır zaten) bu periyodik uzuv hareketleri bize atalarımızdan miras kalmıştır. Eğer öyleyse, bu refleksler gündelik yaşamda körelmiş olmakla birlikte, beyinde ve elbette omurilikte bir şeyler yanlış gittiğinde, evrimsel geçmişimiz bize musallat oluyor olabilir.

8
Boğulurcasına

FARZ EDİN Kİ dünya okyanuslarının tabanını haritalamakla görevlendirildiniz ve en sığ kıyılardan Mariana Çukuru'na kadar ne var ne yoksa girecek bu haritaya. Doğal olarak son teknoloji araç ve aygıtların hizmetinize verilmesini beklersiniz: sonarlarla donatılmış gemi filoları, batiskaflar, uydu görüntüleri... Ama elinize bir şnorkel, bir de maske tutuşturuluyor sadece. İşe koyulmak üzere Manş Denizi'nde ilk kulaçlarınızı atmaya başladıktan sonra başınızı suya daldırıyorsunuz ve bulanık suların içinde ara ara kendi eliniz çarpıyor gözünüze. Yüzünüzün ancak bir metre ötesindeki çamurlu deniz dibini zorlukla seçiyorsunuz. Denizin tabanı derinliklerde yavaş yavaş kayboluyor. Gerisi hiçlik.

Benzer biçimde, nörolojik sistem üzerindeki rutin incelemelerimizde gördüklerimiz, beynin sığ alanlarından ibarettir. Derinler sıklıkla görünmez ve belirsizdir bizim için.

Nöroloji ve uyku dünyasında bel bağladığımız araç EEG, yani elektroensefalogramdır. Kafa derisine yapıştırılan kablolar aracılığıyla beynin elektrik sinyallerini analiz ederek, beyin dalgası etkinliklerindeki değişimleri bulmaya çalışırız. Bunların sıklık ve genliği bize başka özellikler kadar, uyku evrelerini tanımlama olanağı da sağlar. Beyin hastalıkları ya da epilepsinin varlığını incelediğimizde ise, gözümüz sıradışı örüntüleri arar – elektriksel etkinliklerde görülen aşırı yavaşlama ya da ani yükselişler gibi.

Ancak, insanlara ilk kez 1920'lerde uygulanan EEG bizim için şnorkel ve maskeye eşedeğerdir. Başa yerleştirilen bu elektrotlar be-

yin etkinliklerini kaydederken deri, yağ, kafatası ve beyin-omurilik sıvısını aşmak durumundadır. Bu sinyallerin gücü, yüz ve baş içindeki küçük kasların tetiklenmesiyle verilecek sinyalin gücüne kıyasla çok azdır. Bunun da ötesinde –önceleri kâğıt-kalemle grafik haline getirilip, günümüzdeyse bilgisayar ekranlarında beliren– o eğri büğrü çizgilerdeki sapmalar, tek bir nörondaki elektriksel değişimleri temsil etmez. Bunlar hepsi aynı eksende konumlanmış binlerce veya milyonlarca nöron arasında senkronize edilen uyarımların bir araya gelmesini gerektirir. Bu ise beyin korteksinin (beyin yüzeyini saran ince hücre tabakası) 6-7 santimetrekaresine karşılık gelir. Dolayısıyla EEG'nin bize verdiği ayrıntılar son derece sınırlıdır. Algılanabilen tek şey, hepsi de aynı yönelimi gösteren ve ya beyin yüzeyinde ya da yakın konumda olan muazzam sayıda nöronda ortaya çıkan büyük çaplı değişimlerdir. Araştırmalarımızda kullandığımız alet çantamızın böylesine bel bağladığımız temel unsuru olan bu teknik, sonuçta bize beynin engin derinliklerinde olup bitenler hakkında neredeyse hiçbir şey söylemez. Manş Denizi'nde şnorkelle yüzdüğümüz benzetmeyi geri alıyorum. Olsa olsa engin bir bataklıkta bata çıka yürümek gibi bir şeydir bu.

*

Kliniğimde gördüğüm bazı insanlar var ki, onlarla eski birer dost gibiyiz artık. Janice de onlardan biri. Kendisini on yıla yakın süredir tanıyorum. Onu düşündüğümde gözümün önünde hep gülümseyen hali canlanır: ne aradan geçen on yılın, ne de elli küsur yıllık yaşamının üzerine çizgi kondurabildiği yumuşak hatlı, esmer yüzüne yerleşmiş, o büyüleyici, kocaman gülüşü... Ancak bu güleryüzlü kişiliğin ardında, zorlu ve sorunlu bir geçmiş yattığını öğrendim. Janice travmatik çocukluğu konusunda hep çok açıksözlüydü. Birleşik Krallık'ta doğmuştu ve ailenin yedi çocuğundan biriydi. Anne babası, doğumundan kısa süre önce Trinidad'dan göçmen olarak gelmişlerdi.

"Anne tarafım Fransız ve Anglo-Hint kökenliydi, babamsa Hint ve siyahi. Büyük büyükbabam İskoçyalıydı; soyadımızı ondan aldık," diye anlattı bana.

Janice aile evini keşmekeşin hüküm sürdüğü bir yer olarak hatırlıyordu. Annesinin zihinsel sağlık sorunları yaşaması yanında aile içi şiddet de vardı evlerinde. Amcası ve kardeşlerinden biriyle Hyde Park'a gittiği günübirlik gezilerse güzel anıları arasındaydı. Londra'nın merkezindeki bu geniş, yeşil alanı huzur ve kaygısızlık hissiyle ilişkilendiriyordu hâlâ. Kız kardeşiyle birlikte sık sık evden kaçıp parktaki banklarda uyumaya gittiklerini anlattı. "Ya kaçak otobüs yolculuğu yapar ya da yürürdük. Hyde Park'a ulaşamadığımız da olurdu. Bazen Euston istasyonunda birbirimize sokulur, uyurduk; polis de gelir bulurdu bizi."

Janice on bir veya on iki yaşlarındayken sosyal hizmetler duruma müdahale etmiş ve kardeşlerinden birkaçıyla birlikte yetiştirme yurduna yerleştirilmişti. Bazı beyaz çiftlerin onu evlatlık almak istediğini hayal meyal hatırlıyordu: "Sosyal hizmetler, beyaz oldukları için reddetmişti onları. 'Böyle çocukları alamazsınız, bu imkânsız,' dediler onlara."

Bakım kapsamına alınmasının yaşamı üzerinde olumlu hiçbir etkisi olmamıştı. "Yetiştirme yurdundaki hayatım, aile hayatım, bütün hayatım taciz ve şiddetle dolu oldu hep. İyi değildim. Oldukça hastalıklı bir çocuktum. Hastaneye bir girip bir çıkıyordum. Çok zayıftım, doğru dürüst yeme olanağım yoktu, yetersiz beslenmiştim. Yine de herkes beni görmezden geldi. Beni yok saymayı tercih ettiler."

Janice'te davranışsal sorunların çıkmış olması hiç şaşırtıcı değildi. Zaptedilmez olduğundan, şiddete şiddetle karşılık verdiğinden söz etti: "Biri beni itip kakmaya kalktı mı, on misliyle karşılık veriyordum, ki pek de iyi bir şey değildi bu." Yurdun onun bu taşkınlıklarıyla başa çıkma yöntemi ona ilaç vermekti. "Beni sakinleştirmek için, davranışlarımı düzeltmem için ilaç yüklüyorlardı bana. Benimle baş edemiyorlardı."

Yıllar boyunca Janice'e yatıştırıcılar ve antipsikotik ilaçlar verilmişti. Bethlem Hastanesi'nde (ilk adı Bedlam) bir psikiyatristin kendisini ziyaret ettiğini de hatırlıyordu "[İlacı] almak istemiyordum ama almaya zorlandım. Düşünün, daha çocuksunuz, onca insan çevrenizi sarmış ve ilacı almanız için zorluyorlar sizi. Korkmuştum, bu yüzden de onlarla kavgaya tutuştum ve dedim ki: 'Almayacağım bu

ilacı artık.' Bunun üzerine bir gece doktoru çağırıp bana enjeksiyon yapmasını sağladılar."

Gece ataklarının başlangıcı da, işte bu travmatik çocukluğun girdabında savrulduğu sıralara karşılık geliyordu.

*

Janice'le ilk karşılaştığımda kırklı yaşlarının sonlarındaydı. Görüşmemiz sırasında bana geçmişinden söz ettiyse de, ayrıntılar ancak izleyen aylarda günyüzüne çıktı. Onu bana sevk eden hekim, uykuda solunum konusunda uzmanlaşmış, önsezili meslektaşlarımdan biriydi. Janice'e onu öneren de Londra'daki bir başka uyku kliniği olmuştu.

Geceleri yaşadığı ve ergenlik döneminden beri hayatı kendisine zehir eden dehşet verici olayları anlattı Janice. Bunlar son iki veya üç yıldır çok daha kötüye gitmeye başlamıştı.

Bana tipik bir atağı tarif etmesini istedim. Anlattığına göre, uykuya dalmak üzereyken kalbinin yavaşladığı, hatta neredeyse durduğu hissine kapılıyordu. Uykuya dalar dalmaz sanki birdenbire vücudu eziliyor, birileri onu boğmaya çalışıyor gibiydi. Güçlü boğulma hissi dehşet vericiydi ve his kaybolana kadar birkaç saniye boyunca nefes almak için çaresizce çırpınmak zorunda kalıyordu. Durum iyice kötü olduğunda dilini ısırdığı da oluyordu. Çok az uyuduğunu söylemeye gerek yok sanırım. Bu ataklar neredeyse her gece ve yalnızca uykudayken onu buluyor, uyanıkken asla ortaya çıkmıyordu. "En kötü haliyle, bütün gece sürüyor ve bazen 50 ya da 100 atak geçirebiliyorum," diye anlattı bana.

Janice'te uyku apnesinin belirtileri vardı (uyku sırasında hava yolunun çökmesi); ama bu olasılık, onun sevkini yapan merkezce gerçekleştirilen ve meslektaşım tarafından yinelenen uyku çalışmasıyla elenmişti. Belirtileri üzerinde konuştukça, zihnimde alarm çanları da çalmaya başlamıştı. Boğulma hissini yaşarken, bazen sağ bacağının da birkaç kere "silkindiğinin" farkına vardığını söyledi bana. Başka sıradışı belirtiler de vardı: "Ataklar sırasında sanki dilim de büyümüş ve dilimden dolayı boğuluyormuşum gibi bir hisse kapılıyorum. Ağ-

zım tükürükle doluyor ve kimi zaman dilimi ısırdığım yerden gelen kan da karışmış oluyor buna." Bana söylediği bir şey de, âdet kanamasından önceki birkaç gün boyunca ataklarının çok daha kötü olduğuydu.

Ataklardan dolayı yaşadığı korkuya ek olarak, korkunç düzeydeki uyku yoksunluğundan dolayı perişan da hissediyordu kendini. "İşe gitmek ve işlerimi normal bir insan gibi yürütmeye çalışmak zorundayım. Bunun için sürekli çabalayıp duruyorum. Bana güç veren yegâne şey, çocuklar." Özel ihtiyaçları olan çocuklar için bakım görevlisi olarak çalışmaktaydı, ki kendi çocukluğu düşünüldüğünde anlaşılır bir şeydi bu. Ancak eve döndüğünde tükenmiş oluyordu. Tek istediği uyumaktı ve genellikle de kanepede uyuyakalıyordu. Ama ataklar o zaman bile uyandırabiliyordu onu. Uykunun kendisinden korkmaya başlamıştı artık.

Bu olayları ne kadar zamandır yaşadığını sordum. "Ortaokuldan beri yaşadığımı net bir şekilde hatırlıyorum," diye yanıtladı beni. Yardım almak için neden bu kadar uzun süre beklediğini sorduğumda ise şöyle dedi: "Annemle babama bu ataklardan bahsettiğimde aldırmadılar bile. Bizim evde şöyle bir kural vardı: Hastalandıysan haline yan. Yataktan kalkıp işine gücüne devam edeceksin, yaygaraya gerek yok. ... [Daha sonra yetiştirme yurdunda] onlara tam olarak 'her gece nefes almada zorlanıyorum' dediğimi hatırlıyorum. Onlar da zaten zor bir çocukluk geçirmiş sorunlu biri olduğumu ve o yüzden böyle davrandığımı düşünüp geçiştirdiler durumu. 'Yatıştırıcı almaya ihtiyacı var, o kadar. Bu onun icabına bakar,' deyip geçtiler."

Janice belirtilerinin biri tarafından ilk kez ciddiye alınışını da hatırlıyordu. Ataklarından birini yirmili yaşlarında kız kardeşiyle birlikte kalırken geçirmişti. Kardeşi o kadar telaşlanmıştı ki, ambulans çağırmıştı eve. "Bende ciddi bir şeyler olduğuna gerçekten inanmıştı," diye anlattı Janice. Ama hatırladığına göre, hastanedeki hekimler belirtilerini ciddiye bile almamıştı. "Çok da kötü bir şey olamayacağını söylediler, çünkü gayet iyi görünüyormuşum." Böylece ataklarla yaşamaya devam etmişti. "Arada doktora görünüp ataklarımdan söz ettiğim oluyordu ama bunun astım olduğunu söyleyip bana nefes açıcı ilaçlar yazıyorlardı."

Uyku apnesinin yokluğunda, gece yaşanan boğulma duygusunun bir açıklaması da reflü olabilirdi. Reflüde, mideden yukarıya yönlenen asitler boğazı tahriş edip bu bölgedeki kaslarda spazmların (ani kasılmaların) ortaya çıkmasına neden olur. Ancak hikâyesini dinlerken sorun ne reflü ne de astım gibi göründü bana. Uyku apnesi gibi de değildi yaşadıkları. Ona, anlattıklarının pekâlâ epilepsiye işaret ediyor olabileceğini söyledim.

*

"Epilepsi" sözcüğünü kullandığınızda, abartılı kasılmalar (konvülsiyonlar) geçiren, bütün vücudu titreyen, yerde mor bir yüzle kıvranan, ağzı köpüren ve idrarını kaçıran kişilerin görüntüleri üşüşecektir insanların aklına. Bazı epilepsi hastaları için bu tümüyle doğru bir tasvirdir.

Beyindeki elektriksel etkinlikler, son derece sıkı bir denetim altında olan ve büyük hassasiyetle işleyen süreçlerdir. Bütün nörolojik işlevlerin –konuşmamızın, görüşümüzün, kavrayışımızın, hareketlerimizin, bilincimizin, her şeyimizin– altında yatan da bu hassasiyet, çeşitli nöronlar arasındaki bu incelikli etkileşimdir.

Epilepside, bu elektriksel uyarılar üzerindeki denetim ortadan kalkmıştır. İster genetik bir bozukluktan, ister tümör, enfeksiyon ya da inme gibi beyni etkileyen bir durumdan kaynaklanıyor olsun, bu uyarıları sıkı denetim altında tutan süreçlerde zayıflama olduğunda, beyin korteksinin bazı bölgeleri kontrolsüz biçimde uyarılar üretir. Nöronlar (birbirleriyle son derece organize biçimde konuştukları normal sürecin aksine) senkronize hale gelip eşzamanlı olarak ateşlenerek, beynin normal etkinliklerini aksatırlar.

Yüzlerce insanın farklı yönlerde bir oraya bir buraya dolandığı bir gemi güvertesi düşünün. Hepsi aynı anda iskeleden sancağa, sonra da aksi yönde koşacak olsalar, gemi sallanmaya başlayıp sonunda alabora olacaktır. İşte beyne yayılan geniş senkronize elektriksel faaliyet de epilepsideki kasılmalara yol açar, bütün kas grupları etkinleşir, hareketin ve mesane işlevlerinin kontrolü yitirilir ve bilinç kaybı görülür.

Bununla birlikte, tam olarak bilmediğimiz nedenlerle bazı kişilerde nöbetler bütün beyne yayılmaz; beynin belirli bir bölgesinde başlar ve sınırlıdır. Yayılma geniş bir alanda gerçekleşmediğinden, anormal etkinlikler beynin bir ya da birkaç bölgesiyle sınırlı kalır. "Fokal nöbet" adını alan bu nöbetler, böyle durumlarda genel bir konvülsiyona yol açmaz; nöbetlerin içsel ve dışsal dışavurumları, beynin hangi bölgesinin dahil olduğuna bağlı olarak ortaya çıkar.

Ayrıca, bütün nöbetler titreme ve sarsılmaya neden olmayabilir. En yaygın görülen fokal nöbet tipinde, otobiyografik bellek, lisan işlevleri, koku ve duyguların konumlandığı temporal lob (şakak lobu) etkilenir. Temporal lob nöbeti geçiren hastalar ani ve güçlü bir koku deneyimleyebilir, konuşmada aksaklıklar yaşayabilir ya da bir felaketin yaklaşmakta olduğu hissine kapılabilirler. Bellekle ilgili bölgelerin etkilenmesi *déjà vu* (hepimizin ara sıra yaşadığı o ani aşinalık duygusu) veya tersi olan *jamais vu* (aşinalık hissedilmesi gereken bir ortamın daha önce hiç görülmemiş, yepyeni bir ortam gibi gelmesi) durumlarını ortaya çıkarabilir. Kapsamı daha geniş olan bir nöbet ise, motor bölgelerin etkilenmesi sonucu sarsıntılı hareketlere, ayrıca konfüzyon (bilinç bulanıklığı) veya farkındalık kaybına yol açabilir; ancak bilinç kaybolmaz.

Hekimliğimin ilk yıllarında, sokaklarda dolaşırken bulunan yaşlıca bir kadını acil serviste muayene edişimi bütün canlılığıyla hatırlıyorum. Bu olay sık tekrarlanıyordu ve kendisini izleyen pratisyen hekim, ona Alzheimer hastalığı tanısını koymuştu. Ancak onu muayene ettiğim sırada, konfüzyona ek olarak sağ elinde ritmik kasılmaların varlığını fark etmiştim. Devam etmekte olan nöbetlere dair incelikli bir ipucuydu bu. Neticede damar içine verilen epilepsi ilacı onu ânında kendine getirmiş ve ne seğirmeler ne de konfüzyondan eser kalmıştı.

Yıllar içinde, epilepsinin tuhaf ve ilginç biçimlerde kendini gösterdiği durumlara tanık oldum. Görüşünün 180 derece dönüş yapmasıyla birdenbire baş aşağı durduğunu hisseden genç bir adam vardı örneğin. Geçirdiği nöbetler, dünyayla ilişkili olarak bulunduğumuz konumu temsil eden pariyetal lobu etkilemekteydi. Sonra, temporal lob nöbetlerinin etkisiyle, Tanrı'yla bağlantısı olduğunu hissedecek

ölçüde şiddetli bir dinsel coşku duygusu yaşayan altmış yaşında bir başka adam vardı. Bu ruhani deneyimlerin kaybolacağı endişesiyle epilepsisinin tedavi edilmesini istemiyordu. Görme korteksinin yer aldığı oksipital korteksi etkileyen nöbetlerin sonucu olarak görsel halüsinasyonlar yaşayan birkaç hasta görmüşlüğüm de vardır.

Nöbetlerde devreye giren beyin bölgelerinin hangileri olduğunu belirlemek ve onları belirtilerle ilişkilendirmek yoluyla, beynin nasıl düzenlendiği ve nörolojik işlevlerin hangi bölgelerde "lokalize" (yerleşik) olduğu hakkında bir şeyler öğrenebiliriz. Aslına bakılırsa, beyin korteksinde üstlenilen farklı işlevlerin konumları, küçük çaplı nöbetlerin yapay yolla tetiklenmesiyle öğrenilmiştir.

Amerikalı cerrah Wilder Penfield, 1940'lı ve 50'li yıllarda epilepsi hastalarını ameliyat eder ve beynin hastalıklı kısmını çıkarmadan önce, önemli bir beyin dokusu parçasını almadığından emin olmak için beyin korteksinin belirli alanlarını büyük titizlikle uyarırdı. Bunun için, bilinçleri açık ve lokal anestezi altındaki hastalardaki küçük korteks alanlarını elektrikli sondayla (prob) uyarır ve hastanın verdiği bilgiler veya yaptığı hareketler ışığında ameliyatı sürdürürdü. Bu teknikle beynin duyu ve hareketi ne şekilde temsil ettiğini gösteren ayrıntılı haritalar oluşturmanın yanında, temporal ve pariyetal lobların uyarılmasıyla, epilepsi nöbetlerinin kaynağı bu bölgeler olan hastaların anlattığına benzer belirtilerin ortaya çıktığını da göstermiş oldu. *Déjà vu*, korku, anıların canlanması, görsel halüsinasyonlar gibi belirtilerdi bunlar. Bu tekniğin farklı bir biçimi, epilepsi ameliyatlarının belirli türlerinde hâlâ kullanılır.

Nöbetlerin korteks uyarımıyla tetiklendiği sürecin, ender görülen bir doğal benzeri de vardır. Bazen korteks alanlarının zihinsel etkinlikler veya dış uyaranlarla uyarılması bile nöbetlere neden olabilir. Bunun en yaygın görülen örneği, görme korteksinde nöbete yol açabilen ışık çakmalarıdır, ancak nadiren de olsa belirli bir tür müzik dinlemek, yazmak, bulmaca çözmek ya da sıcak suyla duş yapmak da refleks nöbetlere zemin hazırlayabilir.

Peki Janice'in yaşadıklarında aklıma epilepsiyi getirecek özellikler neydi? Birincisi, nöbetlerin tıpatıp aynı olmasa da birbirlerine çok benzemeleriydi. Fokal nöbetler beynin hep belirli bir bölgesinde or-

taya çıkar. İrite olmuş veya işlev bozuklukları gösteren alanlardır bunlar. Dolayısıyla, bir kişideki farklı nöbetler beyinde geniş denebilecek bir alana yayılabilse de, nöbetin başlangıcı hep aynıdır. Janice'e göre daha hafif geçirdiği atakları şiddetli olanlardan ayıran unsur, bunlarda dil ısırmanın olmayışıydı; ancak hepsi özünde aynı belirtilerle nitelendirilebiliyordu. Nöbetler daha uzağa yayıldığında konfüzyon veya başka belirtiler de çıkabilirdi; bütün beyin devreye girdiğindeyse tam bir konvülsiyon da geçirebilirdi (ki başına hiç gelmemişti bu). Tarif ettiği olaylar epey "kalıplaşmıştı".

Dahası, âdet dönemiyle ilintili olarak tuhaf bir kötüleşme de yaşıyordu belirtilerde. Bazı kadınlarda epilepsinin, âdet döngüsü içinde yol alırken çarpıcı değişimlere uğrayabildiği, iyi bilinen bir durumdur. Cinsiyet hormonları östrojen ve progesteron, beyni derinden etkileyebilir. Östrojen nöbet olasılığını güçlendirirken progesteron da koruyucu etki gösterir. Âdet kanamasından önceki günlerde östrojenin progesterona oranı, en yüksek değerine ulaşır. Nöbet geçirme riskinin en yüksek olduğu zaman aralığı, birçok kadının bildirdiğine göre ayın bu dönemine karşılık gelir. Çok ileri durumlarda, kadınların nöbetler açısından yüksek risk altında olduğu dönemleri sınırlandırmak için, kombine (hem östrojen hem progesteron içeren) doğum kontrol ilaçları üç ay kesintisiz alınır.

Janice'teki atakların sıradışı bir özelliği de sadece uyurken ortaya çıkmalarıydı. Şekerleme yapmadığı sürece gündüzleri hiç yaşamamıştı bunları. Bunlar epilepsi nöbetleri olsaydı, mutlaka gün içinde de belirmeleri beklenmez miydi? Aslında, hayır. Uykuyla epilepsinin birbiriyle yakından ilintili olduğu bir yüzyılı aşkın süredir bilinen bir gerçektir. Uyku yoksunluğunun epilepsi nöbetleri için güçlü bir tetikleyici olduğunu bildiren, konvülsiyonları sadece –veya büyük olasılıkla– gece geç yattıkları ya da sabah erken kalktıkları zamanlarda deneyimlediklerini söyleyen birçok kişi vardır. Biz de bu bilgiyi, epilepsinin varlığını ortaya koymaya çalıştığımız klinik uygulamalarda kullanır ve bunun için EEG öncesinde hastalarda uyku yoksunluğu yaratma yoluna gideriz. Uyku yoksunluğu, nöbetleri tetiklemeye ek olarak, anlaşıldığı kadarıyla nöbetlere yatkınlığın elektriksel ipuçlarının da EEG üzerinde görünmesini sağlar. Bunun yanında, uyku ap-

nesi gibi başka sorunlardan kaynaklanan uyku bozuklukları da epilepsinin şiddetini artırabilir.

Ancak bu durum yalnızca uyku yoksunluğu ya da bozukluğuyla ortaya çıkmaz. Uykunun kendisi de epilepsinin altında yatan anormal elektriksel uyarılara etkide bulunur. Uyku laboratuvarına kabul ettiğimiz hastaların beyin dalgalarını uykuya dalmadan önce kaydetmeye başlar ve bunu gece boyunca sürdürürüz. Uyanıklıkta gösterdikleri tümüyle normal EEG örüntüsünün, kişi uykuya dalar dalmaz, hatta bazen uykusu gelir gelmez bir anda çok aktif ve anormal bir örüntüye dönüşmesi, karşımıza sık çıkan bir şeydir. Uykuya dalma sürecinin kendisi, epilepsiye kapı aralar gibidir. Olası bir açıklamaya göre, REM-dışı uykuya girdiğimiz sırada korteks nöronları daha senkronize hale gelir ve bu da geniş nöron alanlarındaki kontrolsüz, senkronize elektriksel boşalımlara katkıda bulunur. EEG'nin tam uyanıklık durumunu en çok yansıttığı ve nöronal boşalımların en az olduğu REM uykusunda, hem nöbetlerin hem de sıradışı EEG örüntülerinin ortaya çıkma olasılığı en düşük düzeydedir.

Ancak her şey bundan ibaret değildir. Bazı insanlar ve bazı nöbet türlerinde tetikleyici etken, uykunun bir evresinden diğerine yapılan geçiştir. Derin uykudayken, horlama ya da başka uyarıcıların etkisiyle hafif uykuya geçtiklerinde nöbet geçiren birkaç hasta görmüşümdür. Ama korkarım bunun nedeni hakkında en ufak bir fikrim yok.

Yine de epilepsinin, uykudan kaynaklanan ataklara çok güçlü biçimde bağlı olan bir türü olduğunu söyleyebilirim. Frontal lob (alnın hemen arkasında ve gözlerin üzerinde yer alan beyin bölgesi) kaynaklı nöbetlerin uykuya bağlı olarak ortaya çıkma olasılıkları genellikle çok daha yüksektir; hatta bazı hastalarda yalnızca ve yalnızca uykuyla gösterirler kendilerini. Bu nöbetler kimi zaman iyon kanallarına (tuzların nöron zarlarından geçmesini sağlayan proteinler) katkıda bulunan genlerdeki mutasyonlardan dolayı ortaya çıkar. Bu genler, neden oldukları epilepsiyle birlikte bir kuşaktan diğerine aktarılır. Tıp literatüründe bu özellikleri taşıyan yüzü aşkın sayıda geniş aile açıklanmıştır. Ancak sorunu yaşayan insanların çoğunda bozukluk genetik değil rastlantısal olup, genellikle bariz bir nedene da-

yandırılamaz. Bununla birlikte frontal loblardaki yapısal bir sorunla ilişkilendirildiği vakalar olmuştur.

Frontal lob epilepsisi tipik olarak ergenlikte başlar ve nöbetler gece boyunca sık aralıklarla tekrarlanır. Fokal epilepsinin diğer türlerinde olduğu gibi, frontal lob epilepsisi de frontal lob hakkında bildiklerimize ayna tutar gibidir. Frontal lob, planlama ve davranıştaki rolüne ek olarak hareketle de yakından ilişkilidir. Bu lobun en arkasında yer alan birincil (primer) motor kortekste ortaya çıkacak bir nöbet, seğirmeler veya vücudun belirli bir kısmındaki sarsıntılarla kendini gösterecektir. Ancak lobun daha önlerinde, görece karmaşık hareketlerin düzenlenmesinden sorumlu beyin alanları vardır. Bunlar genellikle vücudun her iki tarafının da devreye girdiği hareketleri, bunun yanı sıra konuşmayı üreten beyin alanlarının eşgüdümünü sağlar. Burada ortaya çıkan nöbetler, sıradışı, bazen de son derece tuhaf hareketlerle sonuçlanacaktır.

Hastaların uykularından birden uyanarak genellikle bağırış ve çığlıklar eşliğinde hararetle bacaklarıyla havada daireler çizmeleri veya kollarını pervane gibi çevirmeleri, uyku laboratuvarında tanık olduğumuz davranış ve hareketler arasındadır. İzlediğim genç bir kadın hastam yatakta oturur pozisyona geçiyor, bir yandan kolları savrulurken bir yandan da vücudunun ileri geri sallanmasıyla cin çarpmış izlenimi veriyordu örneğin. Yatakta kontrolsüzce takla atan, yataktan fırlayan, kolları havada ve yumrukları sıkılı vaziyette, tıpkı bir boksör gibi zıplayıp duran hastaların videolarını da görmüşlüğüm vardır. Bu hareketlerin tümünde, nöbet hastayı uyandırdığından bilinç genellikle tümüyle açık olsa da, kontrol sıfırlanmış durumdadır.

Kimi zaman frontal lob nöbetleri ile uyurgezerlik, uykuda konuşma veya gece terörü gibi REM-dışı parasomniler arasında belirli düzeyde örtüşme de olabilir. Frontal lob epilepsisinde görülen davranışların bir kısmını uyurgezerlik veya ilgili bozukluklardaki davranışlardan ayırt etmek neredeyse olanaksızdır. Bu durum, REM-dışı parasomnilerin küçük epilepsi nöbetleri tarafından tetiklenmesinden kaynaklanıyor olabilir; ama bir olasılık da frontal lobların derinlerinde kodlanmış, doğuştan gelen bazı davranış örüntülerinin (koşmak veya dövüşmek gibi) hem nöbetler hem de REM-dışı parasomniler

tarafından tetikleniyor olmasıdır. Uygulamada bu iki durumu bazı koşullarda birbirinden ayırt etmek son derece zor olabilir. Böyle bir hastanın videosunu izlemek üzere birkaç "uzmanı" bir araya getirecek olsanız, tanık oldukları şey konusunda genellikle farklı görüşler ileri süreceklerdir.

Janice'in anlattıkları, ataklarının birbirine çok benzemesi dışında, epilepsinin bu geleneksel özelliklerine uymuyordu. Ne konfüzyon, ne konuşma bozukluğu, ne *déjà vu*, ne de koku halüsinasyonlarından (temporal lob epilepsisine özgü belirtiler) eser vardı onda. Ataklar karşısında duyduğu korku ise epilepsiyle ilgili bir durumdan ziyade, uykusunun bir anda boğulma hissiyle kesilmesi karşısında duyduğu bir tepki olarak gayet anlaşılırdı. Yalnızca uykuda ortaya çıktıkları gerçeğini saymazsak, ataklar frontal lob epilepsisini de çağrıştırmıyordu. Sonuç olarak, yaşadıkları gerçekten de epilepsiyi temsil ediyorsa, nöbetler beynin hangi bölgesinden kaynaklanıyor olabilirdi?

Bazı ataklarda sağ bacağında ortaya çıkan "silkinmeler", atağın beyninin sol tarafından kaynaklandığına işaret etmekteydi; vücudun sağ tarafı beynin sol tarafının kontrolü altındadır çünkü. Bunlar gerçekten de birer nöbetse, beyindeki motor bölgeler devreye giriyor olmalıydı. Janice'teki belirtilerden en öne çıkanı boğulma hissi, ya da boğaz kaslarının kasılmasıyla hissettiği tıkanma duygusuydu. İşte buna neden olabilecek ender bir epilepsi türü vardı.

Beynin derinlerinde insular korteks adı verilen bir bölge yer alır. Her iki tarafta ve kulakların kabaca hemen yukarısına konumlanmış olan insula, aşağıdan temporal lobun bir uzantısı, yukarıdan da frontal ve pariyetal loblar tarafından sarılmış durumdadır, üst ve alt dudaklar tarafından gizlenmiş dişler gibi. İnsula bütün bu bölgelerin yanında, duygularla ilgili beyin alanlarını kapsayan limbik sistemle de bağlantı halindedir. Konumundan dolayı, insulada gerçekleşecek nöbetler, nöbet etkinliğinin yayıldığı alana bağlı olarak başka epilepsi türlerine benzerlik gösterebilir. Limbik sistemin devreye girmesi kaygı, panik veya korkuyla sonuçlanabilirken, yayılmanın frontal loba ulaşması, frontal lob nöbetlerinde görülen hareketlerin aynılarına (yukarıda sözü edilen tekmeleme, pedal çevirme veya sallanma hareketleri gibi) yol açabilir. Temporal loba ulaşan yayılmalar nadiren

de olsa işitmeyle ilgili alanların harekete geçmesine, bu ise sözgelimi ıslık sesinin duyulduğu işitsel halüsinasyonlara neden olur. Sinir sisteminin kan basıncı, kalp atım hızı ve bağırsak hareketlerinin idamesinden sorumlu bileşeni olan otonom sinir sisteminin devreye girmesi ise midede çalkalanma hissine ve deride ürpermeye yol açabilir ve etkinin çok şiddetli olduğu durumlarda, kalbi kısa süreliğine durma noktasına bile getirebilecek kalp ritmi bozukluklarına neden olabilir.

İnsulada gerçekleşen nöbetlerin en yaygın dışavurumu, genellikle duyu korteksine ulaşan yayılımla ortaya çıkar. Burası, pariyetal lobun insulanın üzerini örten kısmına karşılık gelir. Duyuların pariyetal lobda ne şekilde düzenlendiğini anlamak için, kendi vücudunuzun resmini beyin üzerinde haritalanmış olarak düşünebilirsiniz. Bu haritada dokunmaya duyarlılığı en yüksek olan vücut bölgeleri, daha az duyarlı bölgelere göre daha güçlü biçimde temsil edildiğinden, ölçekler asıllarına sadık değildir. Buna bağlı olarak bacak, karın bölgesi ve gövde görece küçük; el, yüz, gözler ve dil ise tıpkı bir karikatür gibi abartılı biçimde çarpıtılmıştır. Duyu korteksinin bacağı temsil eden kısmı, pariyetal lobu üst kısmından sararak, beyni uzunlamasına ikiye ayıran orta hattan derine iner. Dış yüzeyden aşağıya doğru yol aldığımızda gövde, kol ve elin temsil edildiği alanlara ulaşırız. Son olarak, kulağa en yakın bölgeye geldiğimizde, pariyetal lobun insulayı kapattığı alan olan operkulum çıkar karşımıza. Dudaklar, dil ve boğaz bölgesinin temsil edildiği yer burasıdır. Nöbet etkinliğinin insuladan bu bölgeye geçmesi dudaklar, dişetleri, dil ya da boğazda karıncalanma veya başka türden duyusal rahatsızlıklara neden olur. Bunlar genellikle tıkanma, hava yolunda daralma veya boğulma hissiyle ilişkilidir. Tıpkı Janice'te olduğu gibi. İnsular epilepsi hakkındaki kavrayışımız son yıllarda önemli düzeyde ilerlemişse de, daha 1950'lerde, elektrikli sondayla korteksin işlevlerini haritalayan beyin cerrahı Wilder Penfield insuladaki nöbetlerle ilgili şunları yazmıştı: "... bir duyum, boğaza doğru yükselir. ... Bu duyum bulantı veya baskıya neden olup, boğulma hissiyle sonuçlanabilir."

*

İlk görüşmemizde Janice'e epilepsiye ilişkin kanıtların varlığını araştırmak istediğimi söyledim. Solunum hastalıkları uzmanı olan meslektaşımın önerisiyle, geceyi zaten uyku laboratuvarında geçirmişti. Uyku çalışması genel anlamda kötü uykudan başka bir şeye işaret etmiyordu. Murphy yasası kendini göstermiş ve Janice gece boyunca hiç atak geçirmemişti. Bunun nedeni belki de, çalışmanın âdet döneminden önceki hafta yapılmamış olmasıydı. Epilepsiye neden olabilecek sıradışı bir durumun varlığını saptamak amacıyla bir beyin MRG taraması ayarladım ama sonuçlar normaldi. Uyanıklık EEG'si de yaptık; Janice bir kanepede uzanırken yarım saat boyunca kayıt aldık. Bu da özünde normal sonuçlar verdi. Bunun üzerine, uyku yoksunluğu koşullarında bir başka EEG'ye giriştik. Buradaki amacımız Janice'in uykuya daldığı sıradaki beyin dalgalarını izlemekti. Bu sefer sol temporal lobda, belli belirsiz birtakım sıradışı etkinliklere tanık olabildik. Bunlar epilepsiye özgü etkinlikler olmasa da, en azından bu bölgedeki beyin işlevlerinde düzgün gitmeyen bir şeylere işaret etmekteydi. Ataklarından birini yakalayabilmek umuduyla, gece boyunca kayıt alabileceğimiz bir yatış işlemi daha ayarladım, ama şans bu ya, yine bir şey çıkmadı.

Epilepsi tanımı doğrulayamadığım için çok büyük bir hüsrana uğramıştım; Janice de öyle tabii. Sonuçta ataklarının nedeni umurunda bile değildi; tedavi olsun yeterdi onun için. Çaresizlikle bir de PET taraması talep ettim. Bu uygulama, radyoaktif bir işaretleyici (marker) ile etiketlenmiş glukoz enjeksiyonunu içerir. Beyin radyoaktif etkinlik gösteren alanları saptamak üzere taranırken, enjekte edilen glukozun kullanımıyla ortaya çıkan örüntüler belirlenir. Kimi zaman, sık nöbetlere maruz kalan alanlar, almaları gerekenden daha az glukoz alarak işlev bozukluğu sergilerler. Taramanın ardından onu yeniden kliniğimde gördüğümde, sonuçlar nihayet kesinlik kazanabildi. Beynin sağ tarafında insula mor ve pembe renklerde parlıyor, bu da normal radyoaktif glukoz alımını gösteriyordu. Ancak sol tarafta insula bariz biçimde mavi ve yeşil renkler sergiliyordu. Beliren bu soğuk renkler, etkinliğin beklenenden çok daha az olduğunu göstermekteydi. İnsular epilepsi tanısının böylece doğrulanması hem bana

hem de Janice'e rahat bir nefes aldırmıştı. Artık tedaviye başlayabilirdik.

*

Epilepsi tanısı koymak için kullanılan standart araç EEG'dir. Nöbetler arasında alınan beyin dalgası kayıtları bile, beynin bazı bölgelerinin nöbet oluşturmaya yatkın olduğuna dair ipuçlarını sıklıkla yansıtabilir. Bazı epilepsi türleri için bu son derece yararlı bir tanı aracı olsa da, her zaman bir yanıt vermeyebilir. Kesin yanıtı verecek şey, EEG elektrotları yerleşmiş durumdayken gerçekleşen bir nöbeti yakalamaktır. Böyle durumlarda, nöbet başlayıp ardından da beyin içinde yayılırken beyin dalgalarında duruma özgü değişimler gözleriz. Epilepsinin gerçek zamanlı imzasıdır bu. Ancak EEG de bazı sınırlamalara tabidir; her zaman kusursuz olmayabilir.

Genetik kökenli epilepsiler veya temporal lob epilepsisi gibi bazı epilepsi türlerinde, birçok vakayı kesin biçimde doğrulamak için bir veya iki standart EEG uygulaması (nöbetler arasında yapılsa bile) yeterli olur. Ancak, daha önce de söz ettiğimiz gibi, epilepsiye özgü unsurların EEG üzerinde belirlenebilmesi (özellikle de kayıtlar nöbetin kendisiyle çakışmadığında), nöbet kaynağının konumuna bağlıdır. İşlev bozukluğu gösteren alan küçük, fazla derinde, hatta ters tarafa yönelmiş olduğunda, elektrotları başın dışına yerleştirmek anormallikleri saptamada yetersiz kalabilir. Uyku kaynaklı nöbetlerde sık yaşanan bir sorundur bu. Beyin yüzeyindeki yarıklar frontal loblarda özellikle derinleşmiştir ve frontal lobları dıştan çevreleyen beyin korteksi bazı yerlerde başın dış kısmına görece uzak kalır; öyle ki frontal lobun bazı kısımları göz yuvarlarına, beyin yüzeyine olduğundan daha yakındır. Frontal lob epilepsisinde, nöbetler arasında uygulanan EEG genellikle normal özellikler gösterir. Nöbetin kendisinin yakalandığı durumlarda bile, hastaların yaklaşık yarısı tümüyle normal beyin dalgaları sergiler; ya da nöbetten kaynaklanan kas etkinliği o düzeye ulaşmıştır ki, beyin etkinliği tümüyle görünmez durumdadır.

Nöbetlerin uykunun kendisinden kaynaklanıyor olması ise durumu daha da çapraşık hale getirir ve ataklarla ilgili tam bir açıklamayı ne hastanın kendisi ne de partneri verebilir. Frontal lob epilepsisinin

tanısı kimi zaman öyle zor olabilir ki, bazı formları yakın zamana kadar, aslında bir hareket bozukluğu olan "noktürnal paroksizmal distoni" olarak tanımlanmıştır. Bu bozukluğun epilepsiyle ilişkili olduğunun anlaşılması, ancak elektrotların beyne doğrudan yerleştirildiği EEG uygulamasının geliştirilmesiyle mümkün olmuştur. Aynı sorunlar insular epilepsi için de geçerlidir. İnsular korteks, başka beyin bölgelerinin oluşturduğu kalın bir tabaka tarafından kaplanmış olarak, çok derin bir konuma yerleşmiştir. Baş yüzeyine uzak olan bu konumundan dolayı, sergilediği EEG örüntüsü de tümüyle normal olabilir.

Gördüğümüz davranışların aslında noktürnal (geceleri ortaya çıkan) epilepsiden mi, REM-dışı parasomniden mi, yoksa başka bir uyku bozukluğundan mı kaynaklandığını meslektaşlarımla hâlâ düzenli olarak tartışırız. Bunun neden önemli olduğunu sorabilirsiniz. Neden hastaları doğrudan epilepsi ilaçlarına başlatmıyoruz? Janice'in durumunu ele alırsak, geriye dönüp bakmanın ve deneyimlerimin verdiği avantajla diyebilirim ki, şu sıralarda olsa belki de PET taramasını istemeyebilirdim. Anlattıklarından ve normalden biraz sapmış EEG'sinden yola çıkarak, her durumda onu epilepsi ilaçlarına başlatır ve kararım konusunda daha cesur bir tavır sergileyebilirdim. Ama frontal lob epilepsisi yaşayan hastaların üçte bir kadarı en etkili epilepsi ilacına bile cevap vermediğinden, nöbetlerin ilaç tedavisine rağmen devam etmesi epilepsi olasılığını dışlamaz.

*

Janice epilepsi ilaçlarına çarpıcı derecede olumlu bir yanıt vermişti. Tedavi başladıktan birkaç ay sonra onu gördüğümde, başta bazı yan etkilerin çıkmış olduğunu, ama bunların büyük ölçüde kaybolduğunu söyledi. Ancak asıl önemlisi, onlarca yıldır ilk kez kaliteli bir uyku uyuyabiliyordu. Ataklar hâlâ ortaya çıksa da, hem sıklıkları hem de şiddetleri çok daha azalmış durumdaydı. İzleyen yıl içinde dozu kademeli olarak artırdık ve sonunda öyle bir noktaya geldi ki, nöbetler onu sadece âdet döneminden önceki hafta içinde bir-iki kez yokluyor ya da enfeksiyon sonucu hasta olduğunda ortaya çıkıyordu. İnanıl-

maz bir dönüşümdü bu. Katıksız çaresizlik durumundan sıyrılmış ve rahat, iyi uyuyan ve nöbetlerden büyük ölçüde kurtulmuş biri haline gelmişti artık.

Yollarımızın ilk kesiştiği zamanın sekiz yıl kadar sonrasına karşılık gelen son görüşmemizde, epilepsinin yaşamı üzerindeki etkisi hakkında biraz daha konuştuk. İlaçlarını almaya devam ediyordu ve menopoz dönemi başlamak üzereydi. Hormon düzeylerindeki dalgalanmalar neredeyse sonlanmıştı; nöbetleri de öyle. Son üç aydır boğulur gibi hissettiği o atakları yaşamıyordu. Bunlar bir zamanlar onu gecede birçok kez ve neredeyse her gece yoklarken, yok olup gitmişlerdi artık. Hem uykuya dalmak karşısında duyduğu korkuyu hem de uyku yoksunluğunun onu tümüyle ezip geçen, iş dışında bir şey yapmaya enerji bırakmayan baskısını iyi hatırlıyordu.

"Yaşamım artık çok farklı," dedi bana.

Eskiden yaşamdan zevk alamıyordum. Arkadaşlarımla birlikte olduğumda buna çabalıyor, ama durumumdan dolayı beceremiyordum. Onlarla daha düzenli aralıklarla dışarıda vakit geçirmek güzel olurdu herhalde, ama onların yaptıklarını yapma özgürlüğüm yoktu. Bu durum bana dayatılmıştı ve yaşamımı sınırlamaktan başka çare bırakmıyordu bana. Şimdiyse yaşamımın o kısmını geri almışım ve geçmiş yaşamımın yasını artık tutabilirmişim gibi geliyor. Yeni bir yaşama ve yapmak istediğim şeyleri yapmaya başladım artık.

Kendini yeniden doğmuş gibi hissettiği belliydi, ki bana göre nöbet sorununun çözülmesi kadar, normal uykuya dönmesinin de bir sonucuydu bu. Otuz yıldan uzun süreyi tanısız ve tedavisiz geçirmiş olmasına üzülmemek elimde değildi yine de. "Gençliğimde başıma gelenler konusunda küskün ya da kızgın olmanın bir anlamı yok. Ama dürüst olmak gerekirse, bu tanının çok daha önce konmuş olması öyle yararlı olurdu ki benim için... Bu kendime acımak değil, ama yaşamımın onca yılı elimden gitti. O kadar çok şey kaçırdım ki."

Robert'tan ve uykusunda konuşmasından söz ettiğim 5. Bölüm'de, görünene her zaman aldanmamak gerektiği konusunda bir uyarıda bulunmuştum. Janice'in hikâyesi de, madalyonun öteki yüzünü yansıtan iyi bir örnek. Tahmin ediyorum ki, travmatik yetişme tarzı ve davranışsal sorunları olmasaydı, Janice daha fazla ciddiye

alınabilir, bunun psikolojik sıkıntılar paketinin bir parçası olduğu varsayımıyla yatıştırıcılar ve antipsikotik ilaçlarla tedavi edilmek yerine bir nöroloğa çok daha önce görünebilirdi. Bu şekilde, epilepsinin bütün yetişkin yaşamına olan etkisi azalmış olurdu.

Bana gelince, Janice'ten aldığım ders, bana söylenene inanmak, en azından meseleyi savuşturmamak oldu. Klinikte biyolojik olanı psikolojik olandan ayırmak bazen zordur ve zihinsel veya psikolojik sıkıntılar yaşadığı bariz olan biri karşısında alelacele karara varmak konusunda, eminim ki ben de en az başkaları kadar suçlu sayılırım. Ama Janice bana, varsayılan başlangıç noktası olarak alacağım şeyin inanmamak değil inanmak olduğunu ve bunun yanında, görünür fiziksel veya psikolojik durumu destekleyecek net kanıtlar aramayı öğretti.

Ancak Janice örneğindeki önemli bir etken, durumuna çok ender rastlanması ve az sayıda insanın buna aşina olmasıydı. Onu harekete geçiren güdü, hikâyesini anlatmak için duyduğu o yoğun arzunun gerekçesi de buydu: benzer durumda olan insanların, kendisi gibi onlarca yıl boyunca acı çekmesini önlemek.

9
Yüzen Gözler

"BU OLAYI ASLA UNUTAMAM, çünkü ortada bir sorun olduğunu ilk o zaman anlamıştım," dedi Evelyn. Yirmi dört yaşında bir üniversite mezunuydu ve evine dönerek annesiyle yaşamaya başlamıştı. Güney Londra aksanıyla konuşuyordu ve modaya uygun giyinmişti. Saçındaki rengârenk Afrika baskılı bandanayla Ugandalı geçmişine selam verir gibiydi. Mutlu, özgüvenli ve rahat bir havası vardı. En azından deneyimlerini anlatmaya başlayana kadar.

"Üniversitede öğrenciyken, bir keresinde ev arkadaşım burnumun dibinde bitivermişti. Mesele şu ki aslında yakınlarda değildi bile. Hafta sonu için evine gitmişti. Ertesi gün onu gördüğümde 'Dün odamda ne işin vardı?' diye sordum. Bana dedi ki, 'Daha yeni döndüm. Nasıl girmiş olabilirim odana?' Var mı böyle acayip bir şey?"

Bu deneyimini anlatırken Evelyn'in kafası karışık gibiydi. Yaklaşık son beş yıldır, geceleri ortaya çıkan tuhaf halüsinasyonlardan muzdaripti. Bu tüyler ürpertici deneyimler, üniversiteye başladığından beri yaşamını aksatmaktaydı. "Gerçek olaylara tanık oluyorsunuz, ama aslında gerçek değiller. Hepsi hayal ürünü. Hayal gücünüz sizi en akıl almaz yerlere götürüp karşınıza bunları çıkarıyor. Odamda şeytani figürler gördüğüm de oluyor. İşte o zaman cehennemdeymişim gibi geliyor bana."

Evelyn'in anlattığı halüsinasyonlar gündüzleri ortaya çıkmıyordu ve bariz biçimde uykuyla ilişkiliydi. "Genellikle uykudan uyanırken

oluyor. Mesela geceyarısı uyuyakalıyor ve bir saat sonra birden uyanıveriyorum." Uyanırken de bu korkunç görüntüler karşılıyordu onu. "Bir keresinde milyonlarca gözün bana baktığını gördüm. Tam burnumun dibinde." Anlattığına göre bu büyüklü küçüklü göz küreleri, yıldızlarla dolu bir galaksi gibi çevresinde yüzüyor ve ona bakıyorlardı. "Bu görüntüler hep ayrıntılı oluyor – çok ama çok ayrıntılı."

Evelyn'e en korkunç gelen olaylardan biri, yakınlarda ölen bir aile üyesini odasında görmek olmuştu. "Öylece bakıyordu bana. İfadesizce. Bu olayın ardından bir süre uyumaktan tümüyle kaçar oldum."

Halüsinasyonların kendisi yetmezmiş gibi, daha kötüsü de vardı. Bu görüntüler ortaya çıktığı sırada Evelyn felç geçirmiş gibi hissediyordu kendini. Bana bunu ürpererek anlattı: "Orada öylece yatıp yukarıya bakıyorum. Kıpırdamaya çalışıyorum, konuşmaya çalışıyorum ama hiçbir şey olmuyor. Konuşmaya çalıştığımda en fazla mırıldanabiliyorum, dolayısıyla uykumda homurdanıyormuşum gibi sesler çıkıyor. Ardından feci görüntüler beliriyor karşımda. Çılgınca, korkunç görüntüler. Burnumun dibinde. Ve bu böyle sürüyor da sürüyor."

Bu deneyimlerden dolayı çok sarsılmış olduğu belliydi. "Mesele şu ki, gözümü kırpamıyorum. Bu yüzden gözümü kapatıp görüntülerden kaçmam söz konusu bile değil. Bakmak zorunda olduğum bir şey bu. Ama er veya geç gözden kayboluyorlar."

Bu olayların neredeyse her gece en kötü haliyle yaşanmasına rağmen Evelyn duruma alışabilmiş değildi, ama yine de bununla baş etmenin bir yolunu bulmuştu. "Aylar içinde öğrendim ki, kendimi sakinleştirebilirsem –ki kaç kez tekrarlanmış olursa olsun, her zaman korkunç geliyor bunlar bana– deneyim öncekilerden biraz daha kısa sürüyor." Ona, ara sıra karşı koymaya çalışıp çalışmadığını sordum. "Önce kollarımı hareket ettirmeye çalışıyorum, çünkü ayaklarım kilitlenip kalmış oluyor. Ama parmaklarımı oynatmaya çalıştığımda hiçbir şey olmuyor. Sonra çığlık atıp bağırmaya çalışıyorum ama onu da başaramıyorum. İşte mırıltılar, homurtular genellikle o zaman başlıyor."

Bir yandan felç durumundayken bir yandan da odada insanların bulunduğu halüsinasyonlar görmenin neden bu kadar dehşet verici

olduğunu anlamak güç değil. Evelyn anlatmaya devam etti:

Sanki üzerinize çöreklenmiş bir güç var ve görüp hissettiğiniz şeylerle mücadele etmekten alıkoyuyor sizi. Ölecekmiş gibi hissediyorsunuz. Soluk alamadığınız, hareket edemediğiniz o anlarda, görmek istemediğiniz şeyler görüyorsunuz. Şeytanlar meytanlarla ilgili karanlık görüntüler. Bulunduğunuz yere mıhlanmışsınız ve bir şeyler sanki size saldırıp, canlı kalmanızı sağlayan şeyleri yapma becerinizi elinizden alıyor.

Evelyn'e gündüzleri de rahat yoktu. Geceleri uyumaktan öyle korkar hale gelmişti ki sürekli olarak uykuyla mücadele ediyor ve dolayısıyla ciddi bir uyku yoksunluğu çekiyordu. Çareyi gündüzleri kestirmekte aradıysa da, bu deneyim peşini bırakmamış, onu gündüzleri kestirdiği sırada bile yakalar olmuştu. "Kestirdiğim zamanlarda bu bazen günde iki kez başıma geliyordu. Böylece uyumaktan daha da fazla korkmaya başladım."

*

Bazı meslektaşlarım, verdiğim hiçbir dersin Henry Fuseli'nin o malum tablosunu göstermeden tamamlanmış sayılamayacağını söyleyerek dalga geçerler benimle. 18. yüzyıl sonları ve 19. yüzyıl başlarında yaşayan İsviçreli ressamın *Kâbus* adlı tablosunda, sarıp sarmalandığı uzun, beyaz geceliğiyle dramatik bir biçimde uzanmış genç bir kadın yer alır. Başı yatağın ucundan geriye düşmüş, uzanmış haldeki kolları aşağı sarkmaktadır. Kapalı gözleriyle derin uykuda olduğu izlenimini verir. Aslında uyumakta olan güzel bir kadının betimlendiği dingin bir sahneyi yansıtmış olabilecek tablo, karanlıkta kadının göğsüne çökmüş kaba saba ve maymunsu bir şeytanın varlığıyla son derece rahatsız edici bir nitelik kazanmıştır. Şeytanın arkasında ve kadının bacaklarının hemen yanında bir at başı vardır. Loş odada, bir canavarınkini andıran dışarı fırlamış gözleriyle havada asılı kalmış gibidir bu baş.

Tablo ilk kez 1782'de sergilendiğinde insanları dehşete düşürdüğü ölçüde büyülemişti de. Görünüşe bakılırsa tablo, hem kâbusların hem de folklorun ortak temalarından birini –kadınlarla gecenin bir yarısı cinsel ilişkiye girmeyi hedefleyen iblislerin yani *incubus*'ların

ziyaretlerini– yansıtmaktaydı. *Incubus* ve onun dişil karşılığı olan *succubus* kavramları 1782'de bile yeni sayılmazdı. Bu şeytanlara MÖ 2400 yılından kalma Mezopotamya metinlerinde atıfta bulunulmuş, *incubus*'lar dünyanın dört bir köşesindeki halkların folklorunda yer almıştır: Almanya'dan İsveç'e, Amazon havzasından birçok Afrika kabilesine. Irk, kültür veya inançlardan bağımsız ortak insan deneyimleri, benzer betimlemeleri ortaya çıkarır gibidir.

Gelgelelim bu tablo benim için, Evelyn ve birçok başka hastanın anlattıklarında yer alan unsurları temsil ediyor: yerine çakılmış olma hissi, göğüste ağırlık, hareket becerisinin kaybı ve bunlara eşlik eden son derece rahatsız edici görüntüler (aynı odada bulunan insan ya da hayaletler gibi). Bu deneyimin dehşeti *Kâbus* tablosunda oldukça iyi biçimde yansıtılmış olsa da, söz konusu fenomene dünyanın her yerinde rastlamamız bunun biyolojimizde, beynimizde bir temeli olduğuna işaret ediyor. Nedenleri hakkında artık bazı ipuçlarına da sahibiz.

Evelyn uyku felci ve hipnagojik halüsinasyonlardan yakınmaktaydı. 6. Bölüm'de söz ettiğim gibi uyku felcinin ne olduğuyla ilgili anlayışımız Mezopotamya günlerimizden beri biraz ilerlemedi değil. Hikâyemsi olay örgüleri olan rüyalar gördüğümüz ve bu sırada neredeyse bütün kaslarımızın felç durumunda olduğu REM uykusunun keşfiyle anladık ki, uyku felci uyanıklıkla REM uykusu arasındaki çizginin bulanıklaştığı noktayı temsil ediyor. Bir araba debriyajını düşünün. Debriyaja bastığınızda vites dişlilerini birbirinden ayırarak vitesler arasında yumuşak bir geçiş yapmanızı sağlar. Ayağınız debriyajdan kayacak olsa dişliler birbirine sürtünecek ve vites değiştirmek pürüzsüz bir hareket olmaktan çıkacaktır. Benzer biçimde uyku felci de, uyanıklığın REM uykusundan ayrılma sürecindeki başarısızlığı temsil eder. Felç devreye girmiş ve tümüyle uyanıkken rüya görmeye başlamışsınızdır. Bu durum birçok yönüyle, John'un 3. Bölüm'de anlattığı ve REM uykusunda felcin devreye girmediği REM uykusu davranış bozukluğunun tam tersidir. Rüya görmeyle ilgili zihinsel süreçlerin, tam uyku gerçekleşmeden başlaması veya uyandıktan sonra sürmesi durumunda, görüntüler ya da bazen işitsel ve görsel halüsinasyonların uyanıklığa neden sızabildiğini anlamak zor de-

ğildir. Bir uyku çalışması sırasında uyku felci gerçekleştiğinde, beyin dalgaları genellikle gevşemiş bir uyanıklık haline işaret eder; ancak REM uykusundan beklenecek kas etkinliği eksiktir.

Halüsinasyonların eşlik ettiği uyku felcinin epilepsiye bağlandığı durumlar çok nadiren de olsa gözlenmiştir. Ancak Evelyn'in durumundan farklı olarak, bu az sayıdaki vakada görsel halüsinasyonların birbirinin tıpatıp aynısı olduğu anlaşılmıştır. Epilepsi nöbetleri genellikle hareketle ilişkili olsa da, uyarıldığında halsizlik veya felce neden olan beyin bölgeleri de vardır. Üzerinde henüz yeterince bilgi sahibi olmadığımız bu alanlar, negatif motor alanlar olarak adlandırılır.

Görme yetisini büyük ölçüde kaybetmiş olup geceleri halüsinasyon gören hastalar da çıkar karşıma ara sıra. Karanlıkta, görsel sinyallerin yokluğu beynin görsel imgeler yaratmasına neden olur. Bu tür halüsinasyonlar Charles Bonnet sendromu kapsamına girer. Hastalar kimi zaman basit geometrik şekiller veya ışıltılar görse de, sıklıkla insanlar, nesneler, yüzler veya hayvanlara ilişkin son derece karmaşık ve ayrıntılı görüntüler çıkar ortaya. Arada minyatür ölçeklerde de olabilen görüntüler, Jonathan Swift'in *Gulliver'ın Seyahatleri* kitabında geçen Lilliput ülkesine atfen "Lilliput halüsinasyonları" olarak adlandırılır. Tam uyanıklık durumunda görülen bu Charles Bonnet halüsinasyonlarının süresi birkaç saniyeden birkaç saate kadar değişebilir. Hipnagojik halüsinasyonların aksine, bunlar korku veya kaygıya nadiren neden olurlar ve gerçek olmadıkları da hızla fark edilir. Ancak Evelyn'in görme becerisi yerindeydi ve halüsinasyonları ışık açıkken uyuyakaldığında görüyordu. Belirtileri, REM uykusunun uyanıklık haline taşmasının klasikleşmiş bir dışavurumu olarak derhal gösteriyordu kendini.

Hem uyku felci hem de hipnagojik halüsinasyonlar, 6. Bölüm'de bahsettiğim Adrian ve Phil'i etkileyen narkolepsinin başlıca özelliklerindendir. Uyku ile uyanıklığı, ayrıca REM uykusu ile REM-dışı uykuyu denetleyen açma kapama anahtarı narkolepside hasarlıdır ve hastalar sıklıkla uyanıklıktan doğrudan REM uykusuna geçerler. Oysa normalde REM uykusu, uyuduktan 60 ila 75 dakika sonra başlar. Böyle durumlarda, bu tür olayların neden yaşanabildiği sorusunun

cevabı da açıktır. Peki ama narkolepsisi bulunmayan insanlar neden maruz kalır bu korkunç deneyime?

Kesinlikle ender görülen bir durum değildir bu. Birçok kişi hayatının bir noktasında yaşar bu deneyimi. Bu alandaki araştırmalar sınırlı olsa da, anlaşıldığı kadarıyla kişiyi uyku felci ve onunla bağlantılı halüsinasyonlara yatkın hale getiren belirli etkenler vardır. Yaş, cinsiyet ve ırk bu açıdan öne pek çıkmasa da, aile geçmişi ve ikizlerle yapılan çalışmalara bakılırsa, genetiğin rolü var gibidir. Ancak daha önemlisi, uyku bozukluğunun ortak bir etken olmasıdır. Vardiyalı işler, gece krampları, uyku apnesi ve genel uyku kalitesinin düşük olması gibi unsurların hepsi, anlaşıldığına göre riski yükseltir; travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ve kaygı gibi belli psikiyatrik sorunlar da öyle. Bütün bu etkenlerin ortak noktaları vardır: REM uykusuna çok hızlı biçimde girmeniz olasılığını yükseltmeleri, dengesiz bir uykuya neden olmaları ve belki de sizi REM uykusundan doğrudan uyanmaya yatkın hale getirmeleri gibi.

Uyku çalışması Evelyn'de narkolepsiyi doğrulamadığı gibi, narkolepsi tanısı açısından en önemli özellik olan belirgin uykululuk hali de yoktu onda. Ancak duruma katkısı olabilecek bazı etkenler vardı gerçekten de.

Bu olaylar ilk başladığında Evelyn bir yandan üniversiteye devam ederken bir yandan da vardiyalı bir işte çalışmaktaydı. "İlk kez o zaman oldu gibime geliyor," diye anlattı. "Sonra işsiz olduğum bir dönem geldi, böylece dilediğimce yaşayıp kendi işlerime bakabildim. O dönemde hiçbir şey olmadı." Ancak üniversiteden mezun olup Londra'daki turistik bir merkezde çalışmaya başladıktan sonra, uyku felci ve hipnagojik halüsinasyonları kötüye gitmişti. "Orada çalışmaya ilk başladığımda hâlâ öğrenciydim, dolayısıyla yalnızca belirli vardiyalarda çalışıyordum. Ama mezun olduktan sonra, yani hangi gün ve saatte olursa olsun çalışmaya müsait olduğumu söylediğimde işler biraz daha yoğun, biraz daha dengesiz, uyku sorunlarım da çok daha kötü hale gelmeye başladı."

Yetmezmiş gibi, bu olaylar karşısında duyduğu korku, uyku yoksunluğunu daha da artırmıştı.

Uykudan nefret etmeye başlamıştım, ki bayılırım uyumaya. Beni tanıyan herkes uykuyu sevdiğimi bilir. Bu benim için çok zordu, çünkü artık uyumak istemiyordum. Zamanımın önemli bir bölümünü burada [oturma odasında] uyanık olarak geçirir ve uyumamak için elimden geleni yapardım. Uzanmamaya çalışırdım, çünkü uzanırsam eninde sonunda uyuyakalacağımı bilirdim. Ya da hiçbir şey görmeden ölü gibi uyumak için kendimi olabildiğince yormaya çalışırdım. Netflix'te dizi izlerdim, yorgunluktan sürünene kadar film izlerdim. Tükenene kadar çalışacağım işime seve seve giderdim, çünkü bilirdim ki eve döndüğümde yorgun olacağım.

Gelgelelim, bu yöntem daha iyi uyumasına yardımcı olmak yerine, tahminen soruna katkıda bulunmaktaydı.

*

Rüyalar karşımıza envai çeşitte çıkar. Yinelenen temalar vardır elbette ama çoğu kişi birbirinden farklı tipte rüyalar görür. Öyleyse uyku felcine eşlik eden –ve uyanıkken rüya görmede devreye giren zihinsel süreçlerin ürünü olarak düşündüğümüz– halüsinasyonların bu kadar benzer ve evrensel olmasının nedeni nedir? Bu halüsinasyonlar tipik olarak odada bulunan insan ya da insan benzeri figürleri, yatağın üzerinden bakan davetsiz bir misafiri, geceleyin kişiyi baştan çıkarmak için gelmiş bir *incubus* veya *succubus*'u, ya da başka bir kişi tarafından yatağa sabitlenmeyi içerir. Bunun bir açıklaması, dış duyumları rüyalarımıza entegre etmemiz olabilir. Evde çarpan bir kapı, rüyanıza bir patlama olarak girerken, burnunu elinize süren köpeğiniz rüyada okşadığınız bir kaplana dönüşebilir örneğin. Öyleyse belki felç olma hissi veya solunumla ilgili kasların güçsüzlüğüne bağlı olarak yaşadığınız soluma güçlüğü de rüyanızla bütünleşiyordur. Bu durumda birileri sizi yatağa bastırıyormuş ya da göğsünüzde oturuyormuş gibi hissedebilirsiniz ve bu his de rüya süreçlerinizi etkileyebilir.

Bu konuya dair bütün kuramlar nihayetinde spekülasyon içerir, ama Kaliforniyalı ünlü sinirbilimci V. S. Ramachandran ilginç bir hipotez ileri sürmüştür. Bazı insanlar uyku felci sırasında yaşadıkları "beden dışı deneyimlerden" söz ederler – yatağın üzerinde süzülüp

kendilerini uyurken gözlemledikleri, bedende hareket hissi ya da bedensel duruşa ilişkin bir algı değişikliği yaşadıkları durumlardır bunlar. Ramachandran'a göre bu belirtilerin birçoğu, vücudumuzun üç boyutlu uzaydaki konumunu (uzamsal durumunu) temsil eden beyin bölgeleri arasındaki iletişimin aksamasından dolayı ortaya çıkar. Beyin korteksinin üst pariyetal lobül adı verilen bölgesinde vücudun kendisinin bir temsili yer alır. Normal yaşamımızı sürerken beynin motor bölgeleri, vücudu hareket ettirmeye yönelik sinyaller gönderir ve bu hareket komutları üst pariyetal lobül tarafından izlenir. Ancak uyku felci sırasında kol ve bacaklar hareket edemediğinden, değişen vücut konumu veya vücut hareketleriyle ilgili bir geribildirim de yoktur ortada. Bu karmaşa içinde, vücudun konumunun farkına varmak da mümkün olmaz.

Vücudun beyindeki bu temsili, anlaşıldığı kadarıyla beyin devrelerine kazınmıştır ve zaman içinde gelişme göstermez. Kol veya bacağın ameliyatla alınmış yani ampüte edilmiş olmasına rağmen vücudun bir bütün olarak algılandığı ve bunun sonucunda, artık olmayan o vücut uzantısından dokunma ve ağrı duyularının alınmaya devam edildiği hayalet uzuv fenomeni, vücudumuzun bu üç boyutlu haritasının yaşam süresince değişmediğine işaret eder. Bu fenomenin doğuştan kolsuz olan kişilerde bile saptanmış olması çok ilginçtir ve haritanın donanımımızla bütünleşik olduğuna, daha biz doğmadan genlerimize yazıldığına işaret eder. Ramachandran'a göre, klasikleşmiş davetsiz misafir halüsinasyonu, bu "homunkulus"un ("küçük insan"ın Latince karşılığı olan bu sözcük, insan vücudunun nörolojik temsilini ifade eder) görsel dünyamıza yansımasından kaynaklanıyor olabilir ve buna yol açan şey de, üst pariyetal lobül ile, hareket ve görmeyle ilgili beyin bölgeleri arasındaki bağlantı sorunlarıdır.

Fakat Ramachandran, *incubus/succubus* halüsinasyonuna bir açıklama getirmeye çalışarak bu hipotezi şaşırtıcı bir hamleyle bir adım ileriye taşır ve vücudumuzun bu temsil edilme biçiminin beyindeki duygusal devrelere ve oradan görmeyle ilgili alanlara uzanıyor olabileceğini ileri sürer. Baland Jalal ile ortaklaşa yazdıkları makalede, "bu ağın, kişinin kendi vücut 'tipi'ne ilişkin estetik görsel tercihini yönlendiriyor olabileceğini" belirtirler. "Bu ise bazı vücut

formlarına yönelik cinsel çekim/görsel tercih için (örneğin insanların [genel olarak] neden köpekleri değil de insanları çekici bulduğu, domuzların eş olarak neden insanları değil de domuzları yeğlediği konusunda) bir açıklama sunacaktır.

Bunu desteklemek için, ampütasyon geçirmiş kişileri cinsel yönden çekici bulan ve bir kol veya bacağının ampüte edilmesi için güçlü bir arzu duyan kişileri örnek verirler (bu durum "zenomeli" [*xenomelia*] olarak bilinir). Uzuvlarından birinin kendi parçaları olmadığı yönündeki güçlü duyguları, tahminlere göre homunkuluslarının üst pariyetal lobülde temsil ediliş biçimindeki bir anormallikten kaynaklanmaktadır ve bu da benzer bedenlere sahip kişileri çekici bulmalarını açıklar. Jalal ve Ramachandran kişinin "kendi beyin devrelerine kazınmış olan vücut imgelemi karşısında hissettiği bu doğuştan ve 'ilkel' çekim etkisinin", hipnagojik halüsinasyonların çoğunlukla cinsel bir doğaya sahip olmasını açıklayabileceğini ileri sürerler.

Uyku felci ile "bilinçli rüyalar" (rüya sırasında, kişinin rüya gördüğünün farkında olduğu durumlar) arasında da bağlantılar vardır. Bu rüyalar sırasında kişiler içgörülerini kısmen koruyabilir, rüyalarını bir dereceye kadar kontrol edebilir ve uyanıklık belleklerine erişebilirler. Her iki fenomen de, REM uykusunun az veya çok oranda uyanıklıkla karıştığı durumları temsil eder. Hatta uyku felci yaşayan insanlar, sıklıkla bilinçli rüyalar da gördüklerini söylerler ve çalışmalardan elde edilen kanıtlar bu ilintiyi doğrular. Evelyn de bilinçli rüya olarak düşünülebilecek en az bir olay yaşamıştı. Deneyimlediği bu şey, rüya içinde rüyaydı.

"Delirdiğimi düşüneceksiniz," diye başladı söze, "ama uyuyakaldıktan sonra, tam olarak içinde bulunduğum durumu gördüm rüyamda. Yani kanepede uyuyan kendimi. Sonuçta rüyamda gördüğüm şey gerçeklikti. Sanki normal yaşamım sürüyor, sonra rüyamda uyku felci geçiriyor ve ardından yine rüyamda uyanıyordum."

Bilinçli rüyalar, uyku felci sırasında görülen davetsiz misafir veya *incubus* halüsinasyonlarından çok, beden dışı deneyimlerle özellikle güçlü bir ilişki içindedir. Bundan hareketle bazı araştırmacılar, odada yabancıların varlığını ya da cinsel tacizi içeren halüsinasyonlardaki olumsuz duyguların aksine, beden dışı deneyimlerin, rüyadaki gö-

rüntüler karşısında hissedilen olumlu duyguları temsil ettiğini ileri sürmüşlerdir.

*

Evelyn'i ailesiyle yaşadığı evde ziyaret ettiğimde, duvarların Afrika batikleri, üzerlerinde Svahili dilinde yazılar olan afişler, aile fotoğrafları ve ailenin Hıristiyan inancını yansıtan dinsel resimlerle kaplı olduğu gözüme çarpmıştı. Kanepeye oturup Evelyn ve annesiyle sohbet ederken, onlara uyku felcinin ilk başladığı sıralarda bunun hakkında ne düşündüklerini sordum. "Annemle bunun odadaki bir ruh olabileceğini, belki de birilerinin bana beddua ettiğini düşündük," diye anlattı Evelyn. "Ne düşüneceğinizi bilemiyorsunuz ki. Biz de onun için önce bunu duayla yenmeye çalıştık ve yatağıma kutsal su serptik."

Evelyn'in annesi de doğruluyordu bunu: "Hiç düşünmeden dedim ki, 'Önce dua edip sorunların ortadan kaybolup kaybolmadığına bakmamız lazım.' Sonra Ugandalı bir rahip ziyaretimize geldi. Evelyn'in ciddi bir sıkıntısı olduğunu söyleyerek, onun için neredeyse yarım saat dua etti."

Dediğine göre Evelyn'in çevresindeki insanlar da buna benzer şeyler söylüyorlardı.

> Bu konuşmayı o kadar çok yaptık ki. Televizyon veya Nollywood ["Nijerya'nın Hollywood'u"] filmlerinde kara büyüye –insanlar genelde "juju" diyor– odaklanan filmler var. Özellikle de bu tür bir şey söz konusu olduğunda, insanlara bir şeyler gördüğünüzü söyleyecek olsanız, hele de geleneklere bağlı bir kültürden geliyorsanız –mesela Afrikalı, Karayipli veya Asyalıysanız– birçok kişi bunu doğrudan kara büyü veya jujuya bağlayıp birinin size beddua ettiğini söylüyor. Bu yüzden böyle bir şey dile getirdiğinizde, hemen "Haa, anladım, ruhani bir mesele," deyiveriyorlar.

Deneyimlerin doğası göz önüne alındığında bunun nedenini anlamak kolaydı. İnsanların, hatta bazen ölmüş akrabaların ve şeytanların odayı ziyaret etmeleri, yatağa çakılı olma hissi – bunların hepsinde doğaüstü bir tını vardı. (Dini inançları olmayan kişilerde bile görülebilen bu tür halüsinasyonların, geceleri uzaylılarca kaçırılma iddialarını açıklayabileceği de düşünülüyor.) Evelyn devam etti: "Birçok

kişi 'Bunun juju olmadığından emin misin? Birilerinin sana büyü yapmadığından emin misin?' diye sordu bana."

Biraz ürpertici denebilecek bir otobüs yolculuğundan da söz etti Evelyn. Telefonda arkadaşıyla çene çalarken ona uyku sorunlarını da anlatmıştı. Ön sırada oturan kadın belli ki konuşmaya kulak misafiri olmuştu.

Derken kadın bana döndü ve bir not uzattı. Notta şöyle yazıyordu: "Yaptığın gerçekten çok tehlikeli bir şey. Eğer böyle bir işle uğraşıyorsan [burada aktif olarak sürdürülen ruhani bir uğraş olarak halüsinasyonlara atıfta bulunuyordu] bunu bırakman gerekir. Çünkü bazen insan kendini böyle şeylere fazla kaptırır ve sonra da kapana kısılarak hayatı boyunca bununla yaşamaya mahkûm olur." Bunun üzerine telefonu kapatmam gerekti. [Arkadaşıma] dedim ki: "Kapatmam lazım, bu kadınla konuşmam şart." Sonra da [kadın] bana neden dikkatli olmam gerektiğini söyledi. Anlattığına göre erkek kardeşi de aynı uygulamaya başlamış ve sonunda bu ciddi bir sorun haline gelmiş. Kardeşi, sanki neredeyse kendi bedenini terk ediyor ve bir beden dışı deneyim yaşamaya başlıyormuş. Bu işle uğraşanların ruhlarının bedenlerine bir daha asla geri dönmediğini ve durumun gerçekten tehlikeli hale geldiğini düşünüyordu. "Dua etmelisin!" dedi bana.

Ancak ne duanın ve kutsal suyun gücü, ne de aile rahibinin ilgisi yetmişti uyku sorunlarını çözmeye. Evelyn anlatmaya devam etti:

Sonra baktık ki değişen hiçbir şey yok. Bunun ruhani bir mesele değil de gerçek bir uyku sorunu olabileceği ihtimalini göz önüne almaya başladım. Aylarca durumu çözmeye çalıştım. Ne zaman ki karşıma Facebook'ta uyku felcinden söz edilen bir video çıktı, benim yaşadığım şeyin de tam olarak bu olduğunu ancak o zaman anladım. Hekimime görünüp "Galiba bende uyku felci var," demeyi işte böyle akıl edebildim. Yoksa ne diyeceğimi bile bilemezdim.

Evelyn'in, belirtileri konusunda başkalarının yaptığı doğaüstü açıklamalara felsefi bir bakışı vardı:

Bunun ruhani bir şey ya da birilerinin size yaptığı büyünün bir sonucu olduğunu düşünenleri suçlayamazsınız, çünkü o tuhaf şeyleri gerçekten de görüyorsunuz. Benim de ilk varsayımım buydu. Ama kendi araştırmamı yapınca konu hakkındaki bilgisizliğim biraz azaldı. Bunun ruhani bir şey olmadığını, yaşamın getirdiği gerçek bir sorun olabileceğini anladım. Böy-

lece birçok başka kişinin de başına gelen bu durum hakkında farkındalık kazanmaya başladım.

Belirtilerinin niteliğini anlamak bile önemli yararlar sağladı Evelyn'e. Artık başına gelen şeyin ne olduğunu bildiği için, bu olaylara eşlik eden korku ve dehşet duygusu da, tümüyle kaybolmasa da azalmış durumda. Narkolepsi tanısının elenmesi ise ayrı bir rahatlama getirdi ona. Durumunda gelişme sağlayacak olan anahtarın, uyku örüntülerini düzeltmek ve uyku kalitesini artırmak olduğunu bilmek tedavi kapısının aralanmasını sağladı. Uyku felci ve hipnagojik halüsinasyonların tedavisinde kullanılabilecek ilaçlar vardır. Antidepresanlar REM uykusunu baskılayıp başlamasını ertelemeleri bakımından, genellikle sorunun üstesinden gelmek için etkili bir yol sunarlar. Ancak kural olarak, insanları ilaca başlatmaktan olabildiğince kaçınırım genelde; özellikle de ileride gebe kalmak isteyebilecek genç kadınları. İlaca dayalı olmayan seçenekler varsa, kanımca önce onları araştırmak gerekir.

Evelyn hâlâ vardiyalı işlerde çalışıyor ve bu da hâlâ uykusunu aksatıyor; bu yüzden yaşadığı olayların devam ediyor olması şaşırtıcı değil. Ancak uyku kalitesi daha iyi durumda ve kendisi de uyku örüntülerini düzenli tutma gerekliliğinin daha fazla farkında. Bunun sonucunda, felç ve halüsinasyonlar önceleri her gece tekrarlarken, şimdilerde yalnızca ayda bir civarına düşmüş durumda. Dahası, uyku kalitesini artırmak amacıyla bilişsel davranışçı uykusuzluk terapisi adı verilen bir tedaviye de başlamak üzere.

*

Uyku felcinin son derece yaygın olduğunu hatırlamakta yarar var. Avustralya dönüşünde yaptığım berbat bir uçuş sonrasında, uyku yoksunluğu ve *jet lag* etkisi altındayken ben de bir kez yaşadım bu deneyimi. Ve o bir kez de yetti bana. Ne olduğunu tam olarak bildiğim halde, fazlasıyla rahatsız edici bir deneyimdi benim için. Uyku tıbbının birçok alanında (örneğin Jackie ve Alex'in uyurgezerliğinde, Phil ve Adrian'ın kataplekSisinde) olduğu gibi, Evelyn'in belirtileri (ve kendi geçirdiğim uyku felci) de uykunun normal denetim süre-

cindeki aksamadan kaynaklanıyordu. Bir kez daha hatırlatmak gerekirse, bu belirtilerin ortaya çıktığı zamanlar, beynin farklı kısımlarının birbiriyle çatıştığı ve beynin bir bütün olarak aynı uyku veya uyanıklık evresinde bulunmadığı zamanlardır. Böyle durumlarda, uykuda kendini gösteren normal mekanizmaların uyanıklığa, dolayısıyla da bilince taştığını görürüz. Bunu anlamak, beynimizi ve nasıl işlediğini de anlamak anlamına gelir ve bu uyku bozukluklarını tedavi etmemizi, hatta belki de tümüyle iyileştirmemizi sağlayacak olanakları sunar bize.

10
Jekyll ve Hyde

TOM(*) VE SARAH(*)'NIN birlikte geçirdikleri ilk gece (daha ilişkileri bile doğru düzgün oturmamıştı o sıra) Tom'un uykusunun pek de normal sayılamayacağı açıklık kazanmıştı. Sarah'nın anlattığına göre Tom gecenin bir yarısında birden ayaklanıp alelacele pantolonunu giymiş ve gideceğini söylemişti. Sarah'nın hatırladığına göre üstü çıplaktı ve hemen sonra uyumaya devam etmişti. "Sabah bunların hiçbirini hatırlamıyordu," diye anlattı. "Bu yüzden ortada tuhaf bir şeylerin olduğunu erkenden anlamış oldum."

Sarah'yla Tom bir partide tanışmış ve aralarında hemen bir yakınlık kurulmuştu. Tom'da olasılıkla hafif seyirli Asperger sendromu vardı ve zaman zaman utangaçlığı tutabiliyordu; ama düşünceli ve sakin bir kişiliğe sahip olan Sarah'yla aralarında güçlü bir bağ olduğu kesindi. Yakışıyorlardı birbirlerine. Artık kırklı yaşlarına gelmiş olan Tom ince yapılıydı ve bronzlaşmış teniyle dinç görünümlüydü. Sarah da o yaşlardaydı, iyi giyimliydi ve uzun, koyu renkli saçları vardı. İkisinin de daha önceki ilişkilerinden küçük çocukları vardı. İlişkileri kısa sürede filizlenmişti. Tom birkaç kez gecenin bir yarısı Sarah'yı sekse davet etmişse de, Sarah bunu "oyuncu damarının tutmasına" vermişti. Fakat ilişkilerinin başlamasından üç ay kadar sonra işler daha karanlık bir hal almaya başlamıştı.

Sarah anlatırken bile irkilmiş gibiydi: "Bir keresinde bir partiye gitmiş ve ikimiz de bir-iki kadeh içmiştik; bu yüzden çok ama çok derin bir uykuya dalmıştım. İç çamaşırımın üzerinden içime girmeye çalışarak uyandırdı beni. Uyandırıldığım için küplere binmiştim, he-

men ardından Tom uyuyuverince de iyice canım sıkıldı. Kırgındım, öfkeliydim ve ertesi sabah bu konuda onunla konuşmak istedim." Ama Tom olup bitenleri hiç hatırlamadığını iddia etmiş ve kendini hararetle savunmuştu. Sarah devam etti: "Neden söz ettiğim hakkında en ufak bir fikri bile yoktu." Sarah'nın ilk tepkisi dehşete düşmek olmuştu ve ilişkiyi hemen oracıkta sonlandırmayı düşünmüştü; ancak Tom neden sonra onu ikna etmeyi başarabilmişti.

Tom sabahleyin olanları bütün canlılığıyla hatırlıyordu. "Fiziksel anlamda midem bulandı," diye anlattı ve sözlerine devam etmeden önce bir an duraksadı: "O anda sanki bir beden dışı deneyim yaşar gibi oldum. Sarah'nın bana anlattığı şeyleri yaptığım için kendimi cezalandırmak istedim. İnsanlar karşısında koruyucu bir tabiata sahip olmam ise sanırım daha da kötü yaptı durumu. Sarah'ya yaşattığım şeylerden dolayı beş para etmez, iğrenç bir yaratık olarak görüyordum kendimi."

Mesele bir süreliğine çözülür gibi olmuş ve ortalık yatışmıştı. Ancak birkaç ay sonra benzeri bir olay yeniden yaşandı. Sarah, bu sefer Tom'un tam anlamıyla kendinde olmadığının daha fazla farkındaydı ve yaptıklarını hatırlamamasına da hazırlamıştı kendini. Buna rağmen, olanlar hiç kuşku yok ki onun için son derece üzüntü vericiydi. İzleyen birkaç ay boyunca Tom'un geceye özgü bu cinsel davranışları daha sık yüzeye çıkar olmuştu.

Tom anlatırken yere bakıyordu: "Bir şeyler olduğunu ancak Sarah'nın bana karşı soğuk tavrından, son derece keyifsiz ve öfkeli olmasından anlıyordum. Öfkesi elle tutulur cinstendi ve gerçekte neler olduğunu ağzından almak için epeyce uğraşmak zorunda kalıyordum. O noktaya geldiğimizde ise benimle oturuyor ve olup bitenleri bütün ayrıntılarıyla anlatıyordu."

Sarah ise aradan aylar geçtikçe Tom'un aslında böyle zamanlarda hâlâ uyumakta olduğuna giderek daha fazla ikna oluyordu:

Bunu zaman içinde anladım, çünkü uyurken yaptıklarını uyanıkken yapmıyordu. Bilinçli olduğu zamanki davranışlarından çok farklıydı bu. İç çamaşırımın üzerimde olduğunu bile fark etmeden atılıyordu üzerime. Rasgele biçimde, herhangi bir hedef gözetmeden. Bir hayvanın yapacağı şekilde. Asla şiddet göstermiyordu, asla saldırgan değildi; hantal ve bece-

riksizceydi hareketleri. Ve sinir bozucu – çok sinir bozucu. Ama kötü niyet yoktu kesinlikle.

Sarah, Tom'un gündüz ve gece davranışları arasındaki tezadı özellikle vurguluyordu: "Bunu nasıl anlatabileceğimi bilmiyorum. Öyle aşırı seks düşkünü değildir Tom. Bu yüzden, yaptıkları kişiliğiyle hiç uyuşmuyordu." Böyle zamanlarda aslında uyuyor olabileceğine ilişkin başka ipuçları da vardı. "Ona 'Uyanık mısın?' diye sorduğumda, başta 'evet' yanıtını verdiği halde 'Emin misin?' sorusu karşısında sessiz kalmıştı. Çünkü aslında uyanık değildi ve otomatik bir yanıttı bu. Sonra sabah olduğunda tekrar sordum: 'Böyle böyle yaptığını hatırlıyor musun?' En ufak bir şey hatırlamıyordu."

Sarah'nın, Tom'un cinsel ilişkiye girmeye çalışırken uykuda olduğunu keşfetmesiyle, kendilerini Guy's Hastanesi'ndeki Uyku Bozuklukları Merkezi'nde bulmuşlardı. Onlarla tanıştığımda, Tom zaten bir gece hastanede kalmış, beyin dalgaları, soluk alıp verişi, kalp atım hızı ve bacak hareketlerinin izlenebilmesi için elektrotlarla donatılmıştı. Geceyi geçirdiği hastane odasında, yatağının karşısındaki duvara monte edilmiş kızılötesi kamera aracılığıyla kendisini izleyen uyku teknisyenlerinin yakın takibi altındaydı. Sonuçlarını incelerken, kaldığı o tek gece içinde en derin uyku evrelerinden aniden uyandığı birkaç olaya tanık olduk. Bu örüntü, uyurgezerlikten gece terörüne uzanan bir davranış yelpazesine sahip olan –ve 2. Bölüm'deki Jackie ve Alex'in de deneyimlediği– REM-dışı parasomniye işaret etmekteydi.

Daha sıradışı sayılabilecek şey, Tom'un aynı anda hem uyanıklık hem uyku davranışları sergilemeye inanılmaz ölçüde yatkın oluşuydu. Geceleri, genellikle de sözü edilen bu uyanmalardan önce, beyin dalgalarındaki yavaş delta titreşimlerinin, tipik olarak uyanıklıkta görülen çok daha hızlı alfa dalgalarıyla üst üste bindiği evreler ortaya çıkıyordu. Tom'un beyni, bazen bir dakikayı bulan sürelerle belli ki aynı anda hem uykuda hem de uyanıktı. Uyku laboratuvarındaki yetişkinlerde nadiren gördüğümüz bu durum, Tom'un REM-dışı parasomnilere yatkınlığını doğrulamaktaydı. İnternette bu konuda az buz şey okumamış olan Sarah, Tom'a koyduğum tanıyı duyunca pek de şaşırmış gibi değildi. Seksomni adı verilen durumdu bu.

*

Daha önce de söylediğimiz gibi, REM-dışı parasomniler birçok farklı kılıkta çıkar karşımıza. Altta yatan neden ise derin uykudan tam anlamıyla uyanmama eğilimidir. Anlaşıldığı kadarıyla derin uyku aksadığında beynin farklı kısımları, farklı zaman ve biçimlerde uyanır. Buna yatkın kişilerde beynin hareket ve duyguları denetleyen bölgelerinin tümüyle uyanma olasılığı daha yüksekken, akılcı düşünme ve belleği etkileyen bölgeler uyumaya devam eder. Bu evrede kişi farklı birçok şey yapabilir.

Bu bozukluğun en iyi bilinen tipi uyurgezerliktir; uykuda konuşma ve gece terörü gibi durumlar da aşina olduğumuz formlar arasındadır. Benim de uyku sırasında bir şeyler yiyen, yemek pişiren, ev aletlerini tamir eden, idrar yapan ve daha önce anlatıldığı üzere araba veya motosiklet kullanan insanlarla tanışmışlığım vardır. Bazen bu durum kendini "konfüzyonel uyanma" olarak gösterir; yani insanlar uyandıktan sonra bir süre boyunca belirgin biçimde akılları karışmış veya normalde olduklarından farklı bir halde kalırlar. Bazı hastalarda bozukluğun birden fazla tipi ya da sıradışı bir formu ortaya çıkabilir. Gecenin bir yarısında ayağa kalkıp yatağa işediği için (genellikle de partneri yataktayken) erkek arkadaşlarınca terk edilen talihsiz bir genç kadın hatırlıyorum örneğin. Ancak uykusunda seks yapmaya yeltenen kişiler nadiren ortaya çıkar. Bu kişilerde REM-dışı parasomni, seksomni olarak bilinen cinsel etkinliklerle kendini gösterir.

Seksomni, en geniş kapsamıyla uykuda ortaya çıkan herhangi bir cinsel davranışı betimler. Okşama, cinsel içerikli konuşma veya inlemeler, mastürbasyon, kalça hareketleri veya tam bir cinsel ilişkiye girme girişimi bu davranışlar arasındadır. REM uykusu davranış bozukluğunu betimleyen (3. Bölüm) rüya canlandırmalarında ortaya çıkan veya epileptik nöbetlerden kaynaklanan cinsel etkinlikler nadiren bildirilmiştir. Ancak duyu korteksi kökenli epilepsinin orgazmla sonuçlanabilecek cinsel duyumlara yol açtığı, frontal lob nöbetlerinin de pelvis hareketlerine ve kasıkların kavranması gibi davranışlara neden olduğu gösterilmiştir. Bunların hepsi uykuda ortaya çıkar, ancak büyük ölçüde REM-dışı parasomniler olarak nitelendirilirler.

Diğer REM-dışı parasomnilerde olduğu gibi, sabahları gözlenen bellek kaybı bu bozukluk için de tipiktir. Birçok hastada başka REM-dışı parasomnilere dair kanıtlar görülse de, bu hepsi için geçerli değildir. Cinsiyetler arasında muazzam bir fark vardır; öyle ki hastaların yüzde 60-80 kadarı erkektir ve bozukluk genellikle yirmili ve otuzlu yaşlarda kendini göstermeye başlar. Nadiren görülmesi, gerçeği yansıtıyor olabileceği gibi, bu bozuklukla yaşayan insanların durumlarını itiraf etmekten kaçınmalarına da bağlı olabilir. Merkezimizde her yıl uyku sorunları olan yaklaşık 3500 yeni hastaya baktığımız halde, aralarındaki seksomni vakalarının sayısı 40'ı ancak bulur. Bu yüzde, başka uyku merkezlerinin yayımladığı verilerle de doğrulanmıştır. Fakat bir keresinde, bu bozukluğu merkezine alan bir ulusal haberin ardından, kendilerinde de aynı sorunun bulunduğunu söyleyen kadın erkek birçok kişiden gelen e-postalar ve tweet'lere boğulmuştum. Hatta bir çalışmaya göre, uyku kliniği ortamında neredeyse on kişiden biri uykusunda cinsel etkinlikte bulunduğunu söylüyordu.

Tom'un uyku çalışması, seksomnide görülen özellikler için tümüyle karakteristik olan sonuçlar vermişti. Derin uykudan aniden ve kısmen uyanmak (bazen hızlı ve yavaş beyin dalgası ritimlerinin eşzamanlı olarak ortaya çıktığı EEG örüntüsüyle ilişkilendirilir) tıp literatüründe görülen vakalar için tipiktir. Uyku laboratuvarında cinsel bir etkinliğe nadiren tanık olunur; ancak bu durum çalışma sırasında kişinin yatakta tek başına olmasıyla ilişkili olabilir. Oysa seksomniye özgü davranışların, sıklıkla yatak partnerine dokunmayla ya da derin uykudan kısmen uyanmaya neden olan bir dış unsurla tetiklendiği düşünülür. Bu nedenle seksomni genellikle konfüzyonel bir uyarılma durumu, çok derin uykudan tam olarak uyanmamaya bağlı bir kafa karışıklığının veya normalden farklı davranışların görüldüğü bir evre olarak değerlendirilir.

Söz konusu olan uzun dönemli bir ilişkiyse, seksomni çoğu kişi için büyük bir sorun niteliğini taşımayabilir. (Bozukluğun nadiren ve ayrıca erkeklerde kadınlara oranla daha fazla görülmesinin nedenlerinden biri belki de budur; belki de kadınlar, Sarah'nın yaptığı gibi partnerlerini tıbbi yardım almaya daha çok teşvik ediyorlardır.) Ama

bu davranışların, düzenli bir ilişki içinde bulunulmayan bir partnerle, daha da kötüsü bir yabancıyla birlikteyken sergilenmesi, hem sorunu yaşayan hem de yatağını onunla paylaşan kişi için yaşamı kökten değiştiren, yıkıcı sonuçlar doğurabilir. Ve bu da Sarah'nın, bir hekime görünmesi için Tom'u neden bu kadar ısrarla ikna etmeye çalıştığını açıklar. Aslına bakılırsa, birkaç yıl, yani onunla tanışmasından epeyce bir zaman önce Tom, eski partnerine tecavüz etmekle suçlanmış, çıkarıldığı mahkemede jüri tarafından yargılanarak yedi yıl hapse mahkûm edilmişti.

Sarah Tom'un geçmişini, onunla bir çift olarak yaşamaya başlamadan çok önce öğrenmişti. "İlk tanıştığımızda benim evimde kaldı sadece, ortada bir ilişki yoktu, ama daha önceki partneriyle olanları hemen söyledi bana."

Tom olay gecesinin hikâyesini anlatmaya başladı.

Eski partneriyle bir kızları vardı ve Tom da onunla vakit geçirmek için hafta sonları partnerinin evinde kalıyordu. Bu evle kendi evi arasındaki mesafe, günübirlik bir ziyarete el vermeyecek kadar fazlaydı. Partneriyle film seyrettikleri bir gece, bir şişe votka da açmışlardı. Tom devam etti: "Eski partnerim, sabah erken kalkmak zorunda olduğu için yatmaya gideceğini söyledi ve gitti. Filmi tahminen bir yarım saat daha izledikten sonra kendimi yorgun hissederek ben de gittim yatmaya. Çıplak olarak girdiğim yatakta partnerim de bir tangayla yatıyordu. Uyuyakaldım. Sanırım saat gecenin on biri gibiydi."

Tom, hatırladığı kadarıyla uykuya çok çabuk dalmıştı. "Yarım saat - kırk beş dakika sonra eski partnerimin çığlıkları ve sarsmasıyla uyandım. Bana üstünden kalkmamı söylüyor ve 'Kes şunu, canımı acıtıyorsun,' diye bağırıyordu."

Ona, yaptıklarını hatırlayıp hatırlamadığını sordum.

Hayır, hayır, hayır, hiçbir şey hatırlamıyorum. O ise çığlık çığlığa bağırıyordu: "Ne yapıyorsun? Bu sen değilsin, sen olamazsın." Üst üste kaç kez söyledi bunları. Bu noktada merdivenden aşağı indiğimi hatırlıyorum. Beni takip etti, ardından bir tartışma çıktı ve şiddetlenmeye başladı. Ben değil, oydu şiddete yönelen. Beni itip kakıyor, saçlarımı çekiyor ve avazı çıktığı kadar bağırıyordu. Ne olduğu hakkında en ufak bir fikrim yoktu ve tümüyle şoktaydım.

Tom, ardından savunmaya geçip evden kaçtığını anlattı. "Tren istasyonuna yürürken aklım karmakarışıktı ve şoktaydım. Beş buçukta Londra'ya hareket edecek olan treni beklemek üzere, sabahın birinde kendimi tren istasyonunda oturur bulmuştum."

İki hafta sonrasına kadar partnerinden hiç ses çıkmamıştı. İşle ilgili bir etkinlik için şehir dışında bulunduğu sırada olmuştu ne olduysa. O günü anarken yüzü buruşmuştu: "Bir hafta sürecek etkinliğin üçüncü gününde, polis geldi. Beni hangi amaçla götürdüğü hakkında en ufak bir fikri olmayan, son derece nazik bir yerel polisti gelen. Sadece beni bulmak, [tecavüzden dolayı] tutaklamak ve bölgedeki karakola götürmek üzere talimat almıştı, o kadar."

Geçersiz sayılan ilk duruşmadan sonra yeniden görülen davada Tom tecavüzden suçlu bulunarak cezaevinde üç buçuk yıl yatmış, ardından kendisi için üç buçuk yıl süreli şartlı tahliye kararı çıkmıştı.

Tom'un gece davranışlarını suçuyla ilişkilendiren ilk kişi Sarah olmuştu. Yıllar içinde bir amatör soruşturmacıya dönüşmüştü Sarah. Belgeleri okurken, karşısına çıkan çok tanıdık bir hikâye dikkatini çekmişti:

> Tom'un eski partnerinin söylediklerini okurken açıkça anladım ki Tom kadının üzerine yuvarlanır gibi bir hareket yapmış, o da Tom'ı uyandırmaya çalışmıştı, ama dediğine göre tepki vermemişti Tom. Bunun Tom'un ataklarından biri olduğu konusunda kesinlikle emindim artık. Üzerinde konuşmuş olsalardı... Evet, söylediği gibi, bu Tom değildi, kadın da ona yaptığı şeyleri anlatmaya çalışmıştı, ama bu kelimeleri kullanmadan. Doğru dürüst konuşsalardı, olup bitenler kısa sürede açıklık kazanırdı. Ama tabii o zamanlarda bu sorun [seksomni] hakkında pek farkındalık yoktu.

Sarah'nın söylediğine göre, Tom'un eski partneri, onun kendisiyle külodu üzerinden cinsel ilişkiye girmeye çalıştığını bildirmişti. "Üzerinde külodu varmış. Kumaş cildini tahriş edip yakmış. Bana yaptığının aynısını yapmış yani."

*

Dr. Jekyll ve Mr. Hyde ve *Olağanüstü Hulk* gibi hikâyeler karşısında büyülenmemizin bir nedeni vardır. Bu hikâyeler, içimize yerleşmiş iyi-kötü ikiliği çevresinde döner; hepimizin gizli ve karanlık bir özü,

bir "Mr. Hyde"ı da barındırıyor olmamız olasılığı ise sarsıcı olduğu kadar ilgi çekici de gelir bize.

Ancak olanlar konusunda yaşadığı aydınlanmanın Tom üzerindeki etkisi büyük olmuştu. On yıldan uzun süredir, eski partnerinin bu olayları uydurduğunu, bütün bunların, yapmış olabileceği hatalar için kendisinden sapkınca bir öç alma girişiminin sonucu olduğunu varsaymıştı. Eski partnerine duyduğu öfkenin, olanların üstesinden gelmesine bir şekilde yardımcı olduğunu düşünmeden edemedim. Ama seksomni tanısı ve o gece gerçekten de bir şeyler yapmış olabileceğini fark etmek, onu derinden sarsmıştı. İçinde, geceleri kendini gösteren ve hiçbir şekilde kontrol edemediği karanlık bir şeyler barındırdığını kabul etmek zorunda kalmıştı. Sarah'nın çözümlemesi oldukça etkileyiciydi:

> Yıllarca belli ki hepsinin yalan olduğunu, yapmadığı bir şey için itham edildiğini düşünmüştü. Kafası allak bullak olmuş ve bütün bu olanlar kadar, insanların onun hakkında düşündükleri de onda büyük bir travmaya yol açmıştı. Sonra zerre kadar hatırlamadığı halde gerçekten de bir şeyler yapmış olduğu gerçeğiyle yüzleşmek, daha önce var olan nefretin yerine gelen suçluluk duygusuyla baş etmek durumunda kaldı. Kendisi hakkında edindiği bu yeni bilginin ışığında kendini yeniden değerlendirdi.

Tom'un mahkemede jüri tarafından suçlu bulunduğunu ve temyize gitmediği sürece yasaların gözünde suçlu olarak kalacağını vurgulamakta yarar var. Ben ne bir hâkim ne de avukatım; ayrıca bütün ifadelere tanıklık etmemiş biri olarak, söz konusu olaydaki sorumlunun seksomni olduğunu söyleyecek konumda da değildim. Kendi klinik yargılarım, Sarah'nın anlattıkları ve uyku çalışmasının bulguları REM-dışı parasomniye işaret etmişti, bunun Tom'da kendini gösterme biçimlerinden biri seksomniydi. Aslında Tom'da başka parasomnilerin var olduğu da açıktı. Sarah'nın, birlikte geçirdikleri ilk gece Tom'un ayaklanıp yarı çıplak halde evden çıkmaya yeltenişine dair anlattıkları, aslında tipik bir örneğe işaret ediyordu. Tıpkı çok yakınlarda gerçekleşen bir olay için anlattıkları gibi:

> Son olay, kızının ziyarete geldiği sırada yaşandı. Kızına göz kulak olmak zorunda oluşu onda epeyce stres yaratmıştı. Gece yine uyandı. Nöbetçi olduğu hastanede kendisine ihtiyaç duyulduğunu ve oraya gitmesi ge-

rektiğini düşünmüştü. Doğrularak yatağın kenarına oturdu ve hastaneye gideceğini söyledi. "Gitmiyorsun," dedim, "haydi yat uyu bakalım". Ertesi gün bunların hiçbirini hatırlamıyordu. Ama kızının orada olmasının verdiği stresten kaynaklanmıştı her şey.

(Bu arada Tom ne hekimdi, ne de hastanede çalışıyordu.)

Ancak birine seksomni tanısının konmuş olması, kendi içinde yeterli değildir. Kişinin iddia edilen suçu işlediği sırada bir seksomni atağı geçirmekte olduğunu kanıtlamak çetrefil bir meseledir ve adli uyku tıbbının son derece tartışmalı ve zorlayıcı bir alanı olmayı sürdürmektedir. Yasalarla başı derde giren ilk seksomni mağduru Tom değildi. İlk örneklerden biri olan 1897 tarihli bir vakada, bir adama uyurgezerlik sırasında teşhircilik yapmaktan dava açılmıştı. Bununla birlikte, yıllar içinde seksomninin bir yasal savunma unsuru olarak kullanıldığı davalar da oldu. Uygulamayı eleştirenler, bunun seks suçluları için elverişli bir savunma aracı olarak kullanılabileceğini ileri sürerler. Asıl mesele ise seksomni vakasının, suç teşkil eden eylemle olan ilişkisini belirleyebilmektir. İddia edilen suç gerçekleştirildiği sırada başa EEG elektrotları yerleştirilmemişse, kesin bir yargıya varmak mümkün değildir. Bununla birlikte seksomni tanısının beraatle sonuçlandığı birkaç vaka da vardır. Aslında yasal savunma amacıyla ileri sürülen tek bozukluk seksomni değildir. Bazı suçlarda rol oynamış olabilecek uyurgezerliğin de uzun bir adli tıp geçmişi vardır. Uykuda girişilen şiddet eylemlerine ilişkin iddialar yüzlerce yıl geriye uzanır. Ortaçağda –o zamanlar Almanya, şimdi Polonya sınırları içinde olan– Silezya'da bir oduncu, rivayete göre gece yarısı uyanmış ve eline bir balta alarak davetsiz misafir sandığı kişiye doğru savurmuştu. Uyandığında karısını öldürmüş olduğunu anlamıştı.

Modern nörolojinin öncülerinden olan Charcot'dan, uyuduktan kısa süre sonra silahla ateş ederek evsahibesini ve evde bulunan başka bir kişiyi yaralayan hizmetçiyi tıbbi açıdan değerlendirmesi istenmişti. 1893 tarihli bu olay, hizmetçinin uykudayken ateş etmesi sonucu gerçekleşmiş gibi görünüyordu.

Bu alanda en çok şöhret, daha doğrusu kötü şöhret yapmış olaylardan birinin faili Kenneth Parks'tı. Parks olay zamanında Pickering, Ontario'da mutlu bir evlilik süren ve küçük bir kız çocuğunun babası

olan yirmi üç yaşındaki bir gençti. 24 Mayıs 1987 günü sabahın erken saatlerinde belli ki yataktan kalkmış, giyinmiş (çorapsız ve iç çamaşırsız halde) ve arabayla Ontario Gölü'nün kıyısından 23 kilometre batıya yol alarak, yakınlardaki Scarborough'da yaşayan kayınpederi ve kayınvalidesinin evine varmıştı. Önceki gece yattıktan sonrasına ilişkin ilk hatırladığı şey ise, polis karakolunda şöyle dediğiydi: "Az önce kendi ellerimle birini öldürdüm. İki kişi öldürdüm." Sonradan anlaşıldı ki Parks arabasının bagajından bir bijon anahtarı, birkaç da bıçak alarak eve girmiş, kayınvalidesini ölümüne dövüp bıçaklamış, kayınpederinin boğazını bilincini kaybedene kadar sıkmış, işi sağlama almak için ardından onu da bıçaklamıştı. Hikâye, açığa çıkan yeni bilgiler ışığında başka bir boyuta da taşınmıştı. Olaydan önceki yıl içinde baş gösteren kumar bağımlılığı sonucunda Parks muazzam boyutlara varan borcunu kapatmak için ailenin kasasını boşaltıp işyerinde de zimmetine para geçirmişti. İşvereninin başlattığı yasal süreçle hakkında dava açılmıştı. Kayınpederi ve kayınvalidesiyle çok yakın olduğu bildirilmiş olmasına rağmen, Parks'ın bunu ancak uykusunda yapmış olabileceği yolundaki iddiası, bariz nedenlerden dolayı hem hekimler hem de yargı tarafından kuşkuyla karşılanmıştı.

Ancak, kafasını karıştırmaya yönelik sayısız girişime rağmen hikâyesi son derece tutarlıydı; beyin etkinliklerinin sonradan yapılan kaydı ise uykusunun epey sıradışı olduğunu göstermişti. Karısı, mahkemeye uykusunun çok derin olduğunu ve kendisini uyandırmanın genellikle inanılmaz zor olduğunu söylemişti. Uykusunda konuştuğu ve bir keresinde uyurgezerlik yaptığı da bilinenler arasındaydı. Aile geçmişinde REM-dışı parasomninin çeşitli formlarda güçlü biçimde görüldüğü açıktı. Yaklaşan mahkeme sürecinin bir sonucu olarak son derece kaygılıydı ve şiddetli bir uyku yoksunluğu çekmekteydi. Uyku hekimleri ve psikiyatristlerince yapılan değerlendirmeler başka bir açıklamaya yer bırakmıyordu. Şaşırtıcı biçimde, nihayetinde beraat etti Parks.

Bir nörolog olarak, beyinsel işlev bozukluklarının sonucunda son derece sıradışı davranışlarda bulunan, saldırganlık veya şiddet sergileyen insanlar gördüm elbette: kan şekeri düştüğünde saldırganlaşanlar, bir nöbet sonrasında kısa süreli ama ciddi biçimde psikotik dav-

ranışlara yönelenler... Bu tür davranışların altında ahlaki bir zaaf ya da bir kişilik bozukluğu yattığını söyleyen çıkmayacaktır; çünkü bunlar basitçe beyindeki işlev bozukluklarının sonucudur. Beyin hasarının ardından davranışsal değişimler sık görülür, giriş bölümünde anlattığım meşhur Phineas Gage vakasında olduğu gibi.

Belleğime takılıp kalmış kişilerden biri ise, uğradığı saldırı sonucu beyni ciddi biçimde hasar görmüş bir adamdı. Evli, kendi küçük işini çekip çeviren ve kilise ziyaretlerini aksatmayan bu adam, saldırıdan sonra toplum için tehdit unsuru bir esrarkeş haline gelmiş ve sadece birkaç yıl içinde 97 suçun faili olarak kayda geçmişti. Beyinde bir sorun (lezyon, hasar ya da normal beyin işlevlerinde değişiklik yaratan bir unsur) olduğu bariz olan bu tür durumlarda sıradışı davranışları anlamak kolaydır belki, ama bunları sadece uykudan kaynaklanan davranışlar olarak görüp kavramak, sezgisel anlamda çok daha güçtür. Oysa tıpkı Gage'in frontal loblarından geçen demir çubuğun yol açtığı, ya da bir saldırganın verdiği hasarla ortaya çıkan lezyon gibi, bu da gerçek anlamda bir beyin lezyonudur. Yapısal değil, elektriksel ya da işlevseldir belki, ama yine de lezyondur. Beynin iç yapısı, nöronlar, sinir yolları ve bağlantılar değişmemiştir ama beynin bir bütün olarak işlev görme biçiminde aksaklıklar ortaya çıkmıştır. Bazı beyin unsurları normal çalışırken diğerleri çalışmaz ve bu durum, neyse ki çok ender görülen senaryolarda tuhaf, şiddet içerikli ve tehlikeli eylemlerin ortaya çıkmasına zemin hazırlar. Bilinçli düşüncenin veya akılcı düşünmenin yokluğunda kendini gösterebilen yürüme, konuşma, kavga etme, bıçaklama, ateş etme ya da seks yapma gibi eylemlerdir bunlar.

Tıbbi açıdan bakıldığında çoğu hekim, diğer nörolojik bozukluklardan yaptığı çıkarsamalarla, uykuda şiddet içerikli eylemlerde bulunmanın olası olduğunu kavrayacaktır. Peki ama yargı nasıl bakar bu duruma? Birçok yargı sürecinde, cezai sorumluluk iki zorunlu unsurun varlığını kanıtlamaya dayanır: suç kapsamındaki eylemin kişi tarafından gerçekleştirilmiş olması (*actus reus* yani suçun maddi unsuru) ve suça bilinçli olarak niyetlenilmiş olması (*mens rea* yani suçun manevi unsuru). Mahkemeye intikal eden vakaların çoğunda, eylemin kendisi ve eylemi gerçekleştiren kişi konusunda kuşku yoktur

ve asıl sorun, *mens rea*'nın değerlendirilmesidir. Bu değerlendirme, tıp uzmanlarının kılavuzluğunda da olsa, nihayetinde mahkemeye kalmıştır. *Mens rea*, eylemi gerçekleştirme niyeti dışında, eylemin doğasını ve sonuçlarını kavramayı da gerektirir. Dolayısıyla hukuki tartışmalar büyük ölçüde, kişinin eylem sırasında bir parasomni atağı geçirmekte olup olmadığına odaklanır, çünkü durum buysa tam bilinç söz konusu değildir.

Sonuç olarak yasal açıdan parasomni ve onunla birlikte seksomni de "otomatizm" kapsamına girer ve bir savunma unsuru olarak kullanılabilir. Otomatizm, bilincin ciddi ölçüde devre dışı kaldığı ve kişinin bilinçli iradeden yoksun olarak eylemlerde bulunduğu, bir "otomat" gibi davrandığı durumu ifade eder. Eylemin kendisi istemsiz ve bilinçsizce yapılmıştır. Ancak işler burada daha karmaşık ve bulanık bir hal alır. Alkol almanın parasomninizi tetiklediğini biliyorsanız, alkol almakla olaya sizin sebep olduğunuz ve dolayısıyla yasal açıdan geçersiz bir gerekçe öne sürdüğünüz sonucuna varılması mümkündür. Bunun da ötesinde, teamül hukukunun uygulandığı Birleşik Krallık ve Kanada gibi ülkelerde otomatizmler zihinsel bozukluktan kaynaklananlar ve kaynaklanmayanlar olarak sınıflandırılabilir. Bu bağlamda, "zihinsel bozukluk" psikiyatrik bir bozukluğa işaret etmez. Önemli olan, otomatizmin iç mi yoksa dış etkenlerden mi kaynaklandığıdır. Otomatizm bir baş yaralanması veya hekimin reçete ettiği bir ilaç gibi, öngörülemeyen ve tekrarlanması olasılığı düşük bir dış etkiyle ortaya çıktıysa, zihinsel bozukluktan kaynaklanmadığı düşünülür; ama epilepsi veya uyurgezerlik gibi içsel sorunlara bağlıysa, zihinsel bozukluktan kaynaklandığı sonucuna varılır. Uyurgezerlik elbette gürültü, olağandışı stres veya ilaç kullanımı gibi dış etkenlerle de tetiklenebilir ve yasal argümanları gri alana mahkûm eden nokta da budur. Ancak bu ayrım önemlidir. Zihinsel bozukluğa bağlı otomatizm, kural olarak süresiz gözaltıyla sonuçlanabilir, çünkü eylemin altında yatan etken nihayetinde süreklilik taşır; oysa bir dış etkenle ilişkili, yani zihinsel bozukluğa bağlı olmayan otomatizm, önlenebilir bir duruma işaret eder. Gerçi Birleşik Krallık'ta zihinsel bozukluğa bağlı otomatizme dayalı bir savunma, günlük tıbbi bakıma kalıcı biçimde tabi olduğunuz gözetim altında tutulma kara-

rıyla, hatta yargıca bağlı olarak mutlak bir tahliyeyle bile sonuçlanabilir. Ancak yasalar bu meselelerin birçoğu konusunda muğlaktır ve sözünü ettiğimiz savunmaların yer aldığı davalarda sonuçların bu kadar çeşitli olabilmesi de bu durumun bir yansımasıdır.

Uyku uzmanı açısından, otomatizmin zihinsel bozukluğa bağlı olup olmadığı kararının hâkim ve jüriye kalıyor olması bir parça rahatlatıcıdır. Ama klinik açıdan bakıldığında, parasomninin şiddet içerikli bir cinsel saldırıyı açıklayıp açıklayamadığını belirlemek için sorulması gereken önemli birtakım sorular vardır. Bu konuda evrensel olarak kabul edilmiş yönlendirici standartlar olmasa da, bazı etkenler açık biçimde şu veya bu yöne işaret eder. Planlama, kurban veya seks partneri arayışına girme, olayı net bir şekilde hatırlama ve yasadışı eylemi örtbas etme girişimine dair deliller, bakışları parasomniden uzağa çevirecektir. Aynı şekilde, failin alışılmadık çevrelerde dolaşması, belirgin bir hedefinin olması ve eyleminin karakteriyle uyuşması da bunun parasomni olmadığı görüşünü destekler. Failin daha önce bir uyku bozukluğu tanısı almış olması, olayla ilgili anlattıklarının daha önceki olaylarla uyuşması, akıl karışıklığını yansıtan davranışlar sergilemesi, mobilya gibi engellerin çevresinden dolaşmada güçlük yaşaması, olaylar karşısında şok olup dehşete kapılması ise daha çok parasomniye işaret edecektir.

Tom'a gelince, uyku çalışmasının parasomniyi desteklediğine kuşku yoktu; hatta uyku laboratuvarında geçirdiği fazladan iki gün de, ilk geceki beyin dalgası imzasının aynısıyla sonuçlanmıştı. Sarah'nın anlattığı davranışlar seksomniye bütünüyle uymakta ve başka REM-dışı parasomniler için de kanıtlar sunmaktaydı. Tom'un eski partnerinin, Tom'un eylemlerinin karakteriyle hiç bağdaşmadığı yolundaki ifadeleri de ("Bu sen olamazsın!") destekliyordu aynı şeyi.

Ancak hâlâ sorunlar vardı ortada ve bunlardan en önemlisi, seksomni ya da parasomnileriyle ilgili olarak daha öncesine ilişkin herhangi bir bilginin bulunmayışıydı. Tom'un anlattığına göre, öyle pek de fazla ilişkisi olmamıştı ve geçmiş uyku örüntüleriyle ilgili sağlam bilgi verebilecek tek kişi de eski partneriydi. Daha yakın geçmişte aldığı seksomni tanısı ise en azından her şeyi değiştiren o gece için Tom ve eski partnerine olası bir açıklama sunmaktaydı. Tom, eski

partnerinin kararın bozulmasında yardımcı olabileceğini umuyordu. Eski partneri ise son yazışmalarında, daha önce yaşanmış (ve o sırada Tom'un geçmişteki travmatik deneyimlerine bağladığı) bir olaydan bahsetmişti.

Bir başka mesele de, olanlarla yüzleşmek zorunda kalınca, eski partnerinin evinden kaçmış olmasıydı. Bana göre, koşullar düşünüldüğünde bu anlaşılabilir bir tepkiydi. Tom'la ilk karşılaşmamızda, geçmişte başına gelen bir olayla tetiklenmiş travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) yaşadığını düşünmüştüm. Gençliğinde askerlik yaptığı dönemde eğitim sırasında gerçekleşen ve kendisinin de dahil olduğu bir olay, bir arkadaşının ölümüyle sonuçlanmıştı. Gizlilik ilkeleri gereği bu olay hakkında daha fazla bilgi veremesem de, sonrasında Tom ilgili uzmanlık hizmetleri birimine yönlendirilmiş ve tanı doğrulanmıştı. Tom'a inanacak olursak, bilinci kendisine çığlık çığlığa bağırıldığı ve saçlarından sürüklendiği sırada yerine gelmiş demektir ve TSSB ile olası Asperger sendromunun bir araya gelişi, bu yüzleşme durumu karşısında hissettiği güçlü kaçma ihtiyacını pekâlâ açıklayabilir.

Sorun çıkaran diğer mesele ise, Tom'la eski partnerinin o gece alkol almış olmasıydı. Meslektaşlarımın çoğu gibi ben de parasomnisi olan bazı kişilerde alkolün güçlü bir tetikleyici olabileceğini düşünüyorum, ama bu evrensel olarak kabul edilmiş bir şey değildir. Alkolün adli uyku tıbbındaki rolü hararetli tartışmalara, hatta tıp literatüründe son derece tatsız çekişmelere yol açmış bir konudur. Bazı uzmanlar, zilzurna sarhoş olup suç işlemiş bir kişi ile parasomni atağı geçirmiş bir kişi arasında ayrım yapmanın imkânsız olduğunu savunurlar.

*

Tom'a seksomni, ardından da TSSB için konmuş olan tanılar, en azından çeşitli tedavi olasılıkları için kapı aralamıştı. Tom tanıdan önce, "Artık Sarah'yla bir daha aynı yatakta uyuyamam, çünkü bunu asla ona yeniden yaşatmak istemiyorum," diye düşünmekteydi. İlk görüşmemizin sonunda ilaç kullanmak istemediğini söyledi, biz de ileriki atakları engelleyebilecek stratejiler üzerinde konuştuk: alkol almak-

tan kaçınma, stresi azaltma ve düzenli uyku gibi. Yatağa çıplak girmemek gibi basit bir önlem bile bazen yardımcı olabilirdi. Şöyle dedi Tom:

İkiniz de çıplaksanız, partnerinizle aynı yatakta uyumanın, bir seksomni atağının ortaya çıkıp çıkmaması üzerinde çok büyük etkisi olabiliyor. Tıpkı alkol gibi, tıpkı stresli bir ortamda bulunup stresli bir işte çalışmak, hatta aşina olmadığınız bir uyku ortamında bulunmak gibi. Mesela kısa bir tatil ya da benzeri bir nedenle otelde kalacak olsak, bu durum bir seksomni atağının baş göstermesinde etkili olabilir.

Tom travma sonrası stres bozukluğu için REM-dışı parasomnilerin tedavisinde de kullanılan bir antidepresan ilaca başlatılmış, ancak yan etkilerinden dolayı ilacı kısa sürede bırakmıştı. Bunun yanında kendisine bilişsel davranışçı terapi de uygulanmıştı, durumunda rol oynadığını bildiği ve yaşam tarzıyla ilişkili unsurları düzenleme konusunda eğitim almıştı.

"Şimdi kendime güvenim çok iyi durumda," dedi son görüşmemizde. "Sizin ve Sarah'nın yardımlarınız sayesinde artık güvenle söyleyebilirim ki..." Burada duraksadı. "Gerçi bir daha asla seksomni atağı geçirmeyeceğimi söylemem mümkün değil, çünkü..."

Sarah gülümsedi ve seksomni ataklarının birkaç yıldır tekrarlamamış olduğunu doğruladı.

*

En nihayetinde, hekimi olarak Tom'un suçluluğu veya suçsuzluğu hakkında yargıda bulunamam. Tom ve Sarah'nın itiraz yoluna gitmeleri durumunda, bütün delilleri gözden geçirecek olan mahkemeye kalmış bir karar bu. Ancak hikâyesinin kesinlikle akla yakın olduğunu söylemeliyim. Kesin olan bir şey daha varsa, o da seksomninin Tom'un eski partneri, kendisi ve çevrelerindeki herkes için ne kadar yıkıcı sonuçları olduğu. Tom'un eski partnerine gelince, bu tanı, Tom'un onun düşündüğü gibi bir canavar, uykusunda ona tecavüz etmeye kalkışabilecek bir cani olmadığını fark etmesine yol açmış olsa gerek.

Kendisiyle ilgili olarak öğrendikleri, Tom'u çok derinden sars-

mıştı. Artık bunun –hep düşündüğü gibi– eski partnerinin uydurduğu kurgusal bir durum olmadığını; içinde kontrol edemediği veya tümüyle yok edemediği karanlık bir şeyler barındırdığını ve kadının kendisini yapmakla suçladığı şeyleri de büyük olasılıkla yaptığını kabul etmek zorundaydı.

Ya Sarah? Onun durumu nasıldı? İlişkileri başlamadan çok önce Tom'un geçmişinde olup bitenler hakkında elbette epeyce bilgisi vardı; ama o yumuşak başlı çehrenin gerisinde, içten içe çelikten bir iradeye sahip ve ilgili herkes için bir çözüm bulma hedefine kilitlenmiş bir kişiliğin varlığını sezebiliyordum. Ancak kuşkusuz, kendisini ve Tom'la olan ilişkisini hırpalamamış da değildi bu çaba. Bana gönderdiği bir e-postada şöyle yazıyordu: "Gelişebilecek atakları önleme çabaları, aradaki yakınlığı yok edip sonunda ilişkiyi mahvedebiliyor. Aldığımız 'önlemler' ve Tom'ın atak geçirme korkusu sonucunda, son birkaç yıldır yanıma bile yaklaşmaz oldu. O yakınlığı bir kez kaybettiniz mi, her şey eninde sonunda yıkılmaya yüz tutuyor."

İşin gerçeği şu ki, hepimizin beyni, yeterince kışkırtıldığında bir parasomni olayını üretme kapasitesine sahip görünüyor. Uyku yoksunluğu, kaygı, biraz alkol ve belki de reçeteli bir ilacın buluştuğu bir kusursuz fırtınanın parasomniye benzer bir olayla sonuçlanması mümkün. Neyse ki bu tür vakalar son derece ender ortaya çıkıyor; ancak yine de korku, şiddet veya seks gibi temel dürtüler hepimizin içinde, uykuda maskelerini düşürmek üzere bekler durumdalar. Platon'un *Devlet* adlı eserinin dokuzuncu kitabında Sokrates'in dediği gibi: "... hepimizin, iyi insanların bile içinde kural tanımaz bir vahşi hayvan tabiatı vardır, bu tabiat biz uykudayken yüzeye çıkar."

Not: Sarah yakınlarda gönderdiği bir e-postada, seksomni tanısının Tom ve eski partnerinin bir ölçüde uzlaşmalarına katkıda bulunmuş olduğunu söylüyordu. Tom'un askerlik hizmetini yaptığı sırada başına gelen olayın, onda TSSB'yi tetiklemiş olmasına atfen şöyle yazmıştı Sarah: "Eski partneri, kendisini bir tecavüz kurbanı olmaktan çok savaş kurbanı gibi görüyor artık."

11
Kahvenin Uyandırıcı Etkisi

FREUD VE BAŞKA PSİKANALİSTLERİN, uykunun gizli arzu ya da kaygılarımızı açığa çıkardığı sonucuna neden vardıklarını anlayabiliyorum. Rüyalarımızın içeriğinden gece davranışlarımıza kadar kendini gösteren ortak özellik, bunların ilkel ve temel temalara (seks, öfke, korku, şiddet gibi), güçlü duygu ve dürtülere dayanıyor olmasıdır. Tom'un seksomnisi, Alex'in gece terörü, John ve Evelyn'in dehşet verici ve şiddet dolu rüyalarında bunlara tanıklık ettik. Ama temel bir dürtü daha girer listeye: yeme dürtüsü. Gördüğüm hiçbir hasta, bu açıdan Don kadar çarpıcı bir örnek olamaz herhalde. Onun durumunun da gösterdiği üzere, uyku dünyası bulanık sınırlarla doludur, psikolojik etmenlerle biyolojik etmenlerin arasındaki sınır gibi.

*

Don'la ilk tanıştığımızda, kendisine uykuda yeme bozukluğu tanısı zaten konmuş durumdaydı. Uzun boylu ve yapılıydı; gözlükleri ve dökülmeye başlamış sarı saçlarıyla asil bir havası da yok değildi. Birleşik Krallık'ta yıllardır yaşıyor olmasına rağmen Amerikan aksanı kendini olduğu gibi korumuştu. Altmışlı yaşlarını sürmekte olan Don'da yeme sorunlarının geçmişi, hatırladığına göre yirmili yaşlarının başlarına kadar uzanıyordu.

Zorlu bir çocukluk geçirdiğini söyledi bana. Vermont'ta büyümüş ve babasının da öğretmenlik yaptığı bir yatılı okulda okumuştu. "Küçük bir kasabadaydı, ama temel bilimler gibi konularda en iddialı

okullardan biriydi." Belli ki ayrıcalıklı bir yerdi burası. "Bobby Kennedy de kızlarını bu okula göndermiş. Oğullarını göndermemesinin nedeni de, okulun ona göre yeterince sıkı olmamasıymış. Latince öğretilmemesi yani!" Bu noktada bir kahkaha attı. Anlattığına göre diğer öğrencilerle birlikte değil, babasıyla öğretmen lojmanlarında kalıyor ve bunun sonucunda sınıf arkadaşlarından biraz uzağa düşmüş hissediyordu kendini.

Bu gösterişli ortama rağmen, sorunlu bir gençlik dönemi geçirmişti. "Annemle babam ben sekiz yaşındayken boşandılar ve annem öylece basıp gitti. O sırada yirmi sekiz yaşındaydı. Beni ve benden üç yaş küçük olan kız kardeşimi babamla bırakıp başka bir eyalete taşındı."

Daha sonraları annesinden "İyi biri değildi, pisliğin tekiydi," diye söz etmişti bana. Kız kardeşiyle birlikte birkaç haftalığına annesinin yanına gönderilişleri, belleğinde bir yara olarak durmaktaydı hâlâ. Tatilin sonunda, annesi onu babasına geri göndermiş ama kendisiyle birlikte yaşamak üzere kardeşini alıkoymuştu.

Annesi tarafından terk edilmiş olma duygusu, kendisini çok yakın hissettiği babasının tavrıyla daha da beter hale gelmişti. "Aslında çok iyi bir babaydı ve harika bir ilişkimiz vardı. Ben on beş yaşındayken, çok sevdiğim Fransızca öğretmenimle evlendi." Ne var ki, on yedi yaşındayken okulu bitirerek yazın babası ve yeni eşiyle yaşamaya başlamıştı. Babası, bu sırada öğretmenlik işini bırakmış durumdaydı. "Bana iş bulmak için gazeteleri deli gibi karıştırıyordu. Bir gün beni dışarıya çıkardı ve şöyle dedi: 'Soran olursa, senin kardeşim olduğunu söyleyeceğim. Birileri senin oğlum olup olmadığını sorarsa, hayır diyeceğim.'" Don'a göre, kocasının daha önce evli olduğunun bilinmesi, babasının yeni eşini rahatsız ediyor, hele de çocukları olduğu bilgisinin herkesin dilinde dolaşmasını istemiyordu. "Böylece *New York Times*'ın sayfalarını karıştırırken, bana kimse tarafından görülmeyeceğim bir ormanda kamp rehberliği işi buldu."

Hem annesi hem de babası tarafından terk edilmiş olma hissi, Don'u belli ki derinden etkilemişti. "Önce annem, sonra da babam tarafından evden gönderildiğimde, beni en iyi tanıyan bu iki kişinin aslında beni sevmemiş olduklarını düşündüm."

Don'un, hayatının geri kalanını etkileyecek olan yeni bir ilişkiye başladığı yer de ormandaki yaz kampı olmuştu. Alkolü keşfetmişti burada. "Birkaç haftada bir grupça dışarı çıkıyorduk. Yaşım tutmasa da kimse kimlik istemiyordu benden. Bara ilk gidişimde, izlediğim filmlerden öğrendiğim buzlu viskiden istedim. Sekiz veya on tane içmişimdir. *İşte tam da aradığım şey*, diye düşündüm. Bilirsiniz işte – unutuş."

O yazın sonunda prestijli bir üniversitede siyasal bilgiler alanında lisans eğitimine başlamıştı; ancak anne ve babasının neden olduğu psikolojik hasar burada da etkisini gösterecekti. Kısa süre sonra kendini intiharla ilişkili düşünceler içinde bularak bir psikolojik danışmana görünmüştü. "Doğrusunu söylemek gerekirse, [üniversiteye] gittim gitmesine de, tek bir kitabın kapağını açmadım. Bütün yıl esrar içip durdum ve yaklaşık yirmi kilo aldım. Sonra fark ettim ki tek bir sınavı bile geçemeyeceğim, bunun üzerine başımı alıp gittim. Geri dönmeye bir kez kalkıştıysam da hemen hemen aynı şeyleri yapar buldum kendimi."

O sırada, babası ve ikinci eşi (Don'un eski Fransızca öğretmeni) boşanmıştı. Babası, biraz da orta yaş krizi kokan bir karar sonucu, Don'u ABD'nin bir kıyısından diğerine otostop yolculuğuna çıkarmıştı. Yol boyunca buldukları geçici işlerde çalışmışlardı. "Gündelik işlerdi bunlar: yüzme havuzlarının üzerini kapatmak, birileri ihtiyaç duyduğunda kamyona bir şeyler yüklemek gibi. Washington eyaletinde göçmen işçilerle birlikte elma bile topladık." Don bu dönemi sevgiyle anıyordu. Ancak tanıdık örüntü yine göstermişti kendini. Bir süredir Colorado'nun Boulder kentinde kalıyorlardı. Don o sırada bir Meksika restoranında çalışmaktaydı. "Babam bir gün çıkıp 'Afrika'ya gidiyorum,' dedi ve otobüse atladığı gibi gitti..." Daha sonra şöyle dedi Don: "Psikolojik açıdan, bu zaten bir bakıma kapanmamış bir yaraydı." Bu sözlerle kastettiği, üçüncü kez terk edilmiş olmasıydı.

Uykuda yeme alışkanlığı da bu sıralarda bariz hale gelmeye başlamıştı. İş arkadaşlarıyla bir ev paylaşmaktaydılar ve hatırladığına göre ellerinde bir miktar nakit para vardı; çünkü yevmiyelerine ek olarak, beyan etmedikleri bir miktar bahşiş de alıyorlardı. Uykusunda yemiş olduğunu ilk kez ne zaman anladığını hatırlamıyordu, ama

anlattığına göre ev arkadaşları sürekli olarak evdeki yiyeceklerin eksildiğini fark ediyorlardı. Önce sorumlunun kendisi olduğunu inkâr etmiş, ama uyandığında kendini çok hasta hissettiğinden, kısa süre sonra durumu anlamıştı.

"Arada bölük pörçük bir şeyler hatırladığım olmuyor değildi; ama genellikle hiçbir şey hatırlamıyordum. Mutfak tezgâhının üzerinde ambalaj kâğıdı gibi kanıtlar duruyor olurdu. Davul gibi şişmiş uyanıyordum. Ve insanlar yiyeceklerin eksildiği konusunda şikâyet edip duruyordu."

Don'un mideye indirdiği yiyecekler muazzam miktarlarda olsa gerekti. "Gece aşırı yediğim için, akşamın yaklaşık beşine kadar kendimi hiç de iyi hissetmiyordum. Vücudum bu miktarda yiyeceği sindiremiyordu. Tamamen şişmiş oluyordum ve gün boyunca tuvalete gitmek zorunda kalıyordum. İnanılmaz kilo aldım."

İş öyle bir noktaya varmıştı ki, sonunda gece yediklerini yerine koyabilmek için mecburen iki kişilik yiyecek alışverişi yapmaya başlamıştı. "Sanki bir yandan gündüz kimliğim için, bir yandan başka biri için, gece kimliğim için alışveriş yapıyordum. Öbür adamın sevdiği şeyleri biliyordum: kolay yenebilir yiyecekler; çoğunlukla da süt ürünleri veya yoğurt."

*

Don'un sorunu, ancak 1991 gibi yakın sayılan bir tarihte tanımlanabilmiş uykuyla ilişkili yeme bozukluğuydu. Hikâyesi genel kalıba uyuyor gibiydi: istemsiz ve kontrolsüz yeme (genellikle sonradan hatırlamaksızın) ve bu ataklar sırasında güçlükle uyandırılabiliyor olma. Bu durumun uyurgezerlikle ortak birçok özelliği vardır, bilinçsizce ve farkında olmaksızın yapılan karmaşık eylemler içerir zira. Bozukluğu yaşayanlar sıklıkla tuhaf ve şaşırtıcı karışımlar, hatta bazen yenmeyecek şeyler yerler. Don belirli dönemlerde keşiş gibi yaşamış ve az da olsa yenme ihtimali taşıyan şeylerden temizlemişti evini. Bunu yakın geçmişte denediği bir seferinde, kaşıklamış olduğu hazır kahve granüllerinin acı tadıyla uyanmıştı; el altındaki tek "yenebilir" şey buydu çünkü. Midesine kalıp kalıp yağ indirmişliği de vardı. Onu evinde ziyaret ettiğimde, biz sohbet ederken yeşil papa-

ğanı Paco da Don'un arkasında duran kafesinde oturmaktaydı. Konuşmaya dahil edilmediği için belli ki çileden çıkmış ve konuşmayı bölmek için ciyaklayıp duruyordu. Ama Paco bile Don'un gece alışkanlıklarından payını almıştı. Son birkaç ay içinde, sabahleyin aşağı indiğinde Don'un masada üzeri salata sosuyla kaplı kuşyemi artıkları içeren bir mama kâsesi bulduğu olmuştu.

Uykuyla ilişkili yeme bozukluğu yaşayan insanlar, iş yemek hazırlamaya gelince sık sık tehlikeli şeyler yaparlar: yemeklerinde çiğ et kullanmak veya yiyecekleri yakmak gibi. Hastalarımdan biri, ızgaranın altına plastik tabak koymayı âdet edindiği için düzenli olarak itfaiye tarafından ziyaret ediliyordu örneğin. Don da yaşıyordu bu tür şeyler. Bana mutfağında duran kahve makinesinin erimiş plastik sapını gösterdi. "Yaptığım hiçbir şeyi hatırlamıyorum, sadece gördüklerimden çıkarabiliyorum olanları," diye anlattı. Tahminine göre gece çay yapmaya kalkmıştı. "Kafa karışıklığıyla kahve makinesinin cam karafını ocağın üstüne koymuş olmalıyım. Plastik sapı ateş almış. Sonra birden uyanıp saptan alev yükseldiğini fark ettim ve böyle bir durumla uğraşmam gerekti."

Bir keresinde de, besbelli gecenin bir yarısında spagetti pişirmeye kalkmıştı. "Spagettiyi su dolu tencereye koymuşum, tencereyi de ocağın üzerine. Tabii bunları hatırlamıyorum," diye anlattı. Ne olup bittiğini sonradan anlamıştı. "Kendime geldiğimde kanepede yatıyordum. Bir şey beni uyandırdı ve kalkıp mutfağa gittim. Su kaynayarak uçup gitmiş, tencerede kalıcı yanık lekeleri belirmişti. Spagetti, tümüyle kurumuş bir tencerede kızarıyordu."

Bu bozuklukta, tehlike sadece yiyeceğin hazırlanmasıyla değil, yeme veya içme eyleminin kendisiyle de gösterir kendini. İçtiği sıcak sıvılar ya da yediği zehirli maddelerle kendini yakan insanlar olmuştur. Don'un sözünü ettiği sabah şişkinliği, gün boyu kendini gösteren tokluk ve kilo alımı da aslında tipik denebilecek özelliklerdir.

Uykuyla ilişkili yeme bozukluğu, genel olarak yeme bozukluğu yaşayan kişilerde daha yaygın gibidir ve sıklıkla psikolojik sorunlar, psikiyatrik bozukluklar ve bağımlısı olunan maddenin yoksunluğuyla ilişkilendirilir. Başlangıcı bir kere tetiklendikten sonra acımasız olabilir; öyle ki çoğu kişi bunu her gece, bazen gecede birkaç kez ya-

şar ve bu durum yıllar veya onyıllar boyunca sürebilir. Olayın sonradan hatırlanamaması ve bilincin yokluğunda gerçekleşmesi, uyurgezerlikle veya başka nedenlerle alınan yatıştırıcı ilaçlarla ilişkilendirilmiştir. Uyku laboratuvarında yakalandığı durumlarda, uykuyla ilişkili yeme bozukluğunun da tıpkı uyurgezerlik ve diğer REM-dışı parasomniler gibi, REM-dışı uykudan kaynaklandığı anlaşılmıştır. Dolayısıyla uyurgezerlikte olduğu gibi, REM-dışı uykuyu aksatabilecek her şey (uyku apnesi veya huzursuz bacak sendromuyla ilişkili periyodik uzuv hareketlerine bağlı tekmeleme hareketleri gibi) bu davranışlara yol açabilir.

Öyleyse uykuyla ilişkili yeme bozukluğu da, uyurgezerlik, seksomni, gece terörü ve uykuda konuşma gibi REM-dışı parasomnilerin bir başka türü müdür sadece? Belki de. Ama eldeki veriler, devreye giren bazı psikolojik etkenler de olabileceğini söylüyor bize; hele yeme bozukluğu tanısıyla hastanede yatan hastaların yüzde 15'ten fazlasında bu davranışın görüldüğü düşünülürse.

*

Bir Meksika restoranında çalışıp iki kişilik yiyecek alışverişi yaptığı Colorado günlerinden bu yana, Don'un yaşamı muazzam ölçüde değişmişti. Çocukları olmuş, iki kez evlenmiş ve farklı bir ülkeye taşınmıştı. Bazı dönemlerde aşırı ölçüde içmiş, ama içkiden tümüyle uzak durduğu yılları da olmuştu. Çaresizlikle dibe de vurmuş, taze aşkın baş döndürücü mutluluğuyla uçmuştu da. Ve neredeyse yirmi yıldır İngiltere'de yaşıyordu. Hayatında değişmeyen tek şey, gece yeme alışkanlığıydı.

Ona bunu hangi sıklıkla yaşadığını sorduğumda, kederli bir kahkahayla şöyle yanıtladı: "İlle de sayıya dökeceksem, yılda 364 gün diyebilirim." Dahası, uykudayken kendini gösteren yeme dürtüsü akıl almayacak ölçüde güçlüydü. Yiyecekleri kilit altında tutma, hatta buzdolabını bisiklet kilidiyle sarma noktasına geldiği zamanlar da olmuştu: "Sonradan ilk karım olacak olan kız arkadaşım, bir keresinde mutfağa girdiğinde beni sandalyenin üzerinde çırılçıplak vaziyette bulmuş. Buzdolabı kapısının aralığından kolumu çaresizce uzatıp yi-

yecek bir şeylere uzanmaya çalışıyormuşum o sırada."

Don anlaşıldığı kadarıyla peynir ve yoğurt gibi süt ürünlerini yeğliyordu. Bütün peynir kalıbını ya da koca bir kap dolusu yoğurdu olduğu gibi mideye indirebiliyordu. "Sanırım öncelikli olarak yemesi kolay şeyleri tercih ediyorum; peynir ve yoğurt gibi." Ama son birkaç yılda ara sıra göründüğü psikanalistler başka bir seçenek üzerinde durmuşlardı. Don anlatmaya devam etti:

> Bebekken süte alerjim varmış. Hem annemin sütüne hem de bildiğim bütün diğer sütlere. Annem beni asla affetmedi bu yüzden. Çok ciddi söylüyorum, hiç affetmedi. Ama sonra, dokuz aylıkken herhalde yeterince beslenemiyormuşum ve vücudum su kaybettiği için hastaneye yatırılmışım. Dediklerine göre derimi çimdiklediklerinde olduğu gibi havada kalıyormuş.

Göründüğü psikanalistler yaşamının bu kesitine büyük ilgi göstermişlerdi. "Çünkü işin özü, bebekken mahrumiyet içinde yaşamıştım. Bilirsiniz, psikanalistler bakım veya beslenmeden sorumlu olan kişiden ayrılmayı çok ciddiye alıyorlar. Birincil bakım vericiden ayrılmanın beyni gerçekten de fiziksel olarak değiştirebileceğine inanıyorlar." Dolayısıyla süt ürünlerini tercih etmesi, belki de bebekken bunlardan mahrum kalmış olmasını yansıtmaktaydı.

Psikolojik etkenlerin biraz daha derinlerine indikçe, ona yiyeceklerle olan ilişkisini sordum. Gün içinde her şeyin tümüyle normal olduğunu söyledi bana. Ailede yeme sorunu olan bir başkasının var olup olmadığını sorduğumda ise yanıtı şöyle oldu: "En büyük kızımda yeme bozukluğu vardı. Hastalıklı denebilecek ölçüde obez hale geldi ve yiyecek saklamaya başladı. Zorlantılı [kompülsif] yemeydi onunkisi. Yakınlarda geçirdiği mide baypas ameliyatı, sağlıklı bir kiloya kavuşmasına yardımcı oldu."

Don'un, psikolojik yapısı hakkında muazzam ölçüde içgörüye sahip olduğu açıktı ve kendini masaya yatırma konusunda kesinlikle çekingen değildi. Gece yeme davranışına neyin neden olmuş olabileceğini sorduğumda –yaşadığı travmalar konusundaki açıksözlülüğünü de hesaba katarsak– verdiği yanıt beni biraz şaşırttı: "Bunun nörolojik bir sorun olduğunu düşünüyorum. Size geçmişimle ilgili şeyleri anlatıyorum çünkü kesin olarak emin olamıyorum. Ama sizin

'sahte şafak' tabir ettiğiniz bir dönemden geçmiş olduğum da bir gerçek."

Don, aldığı bir ilaç kombinasyonuyla gece yeme davranışının durduğu yaklaşık bir yıllık bir dönemden bahsediyordu (daha sonra davranış nüksetmişti). "Ben sahte şafak demiyorum buna, çünkü tümüyle iyileşmiştim, her ne kadar sadece bir yıllığına da olsa. Buradan yola çıkarak, işin içinde kimyasal bir bileşen olduğunu düşünüyorum çünkü gece yeme davranışım öylece sonlanıvermişti."

Daha sonra bu noktaya yeniden değindi: "Aşağı yukarı sabit olması, bunun kimyasal bir olay olduğu teorisini destekler gibi. Kimi zaman daha şiddetli olmuyor değil. Ama içeyim veya içmeyeyim, depresyonda olayım veya ikinci karıma âşık olup nirvanaya ulaşmış olayım, hep gösteriyor kendini."

Don yıllar içinde birkaç hekime de görünmüştü.

Amerika'dayken, Atlanta'daki bir uyku merkezine gittim. Doktor çeşitli şeyler denedi, bir sakinleştirici de reçete etti bana. Ona bunun durumu daha da beter hale getirdiğini söylediğimde, bu sefer Ritalin veya bir benzerini verdi. İşte bu sorunu çözmüştü, çünkü uyutmuyordu beni. Her neyse, hiçbir şey işe yaramadı. Sonunda doktor çileden çıktı ve bana dedi ki: "Sen sigarayı bırakmaya bak. Hazır olduğunda, bunu da bırakacaksın." Biraz sinirlenmiştim açıkçası.

Birkaç yıl sonra Belçika'daki bir uyku hekimini de ziyaret etmişti. "Böyle bir şeyin varlığından bile haberleri yoktu," dedi Don.

Don'un en büyük pişmanlıklarından biri, uykuda yeme alışkanlığından daha önce söz etmemiş olmasıydı. Bir hekimle uyku sorunları hakkında ancak yıllarca sıkıntı çektikten sonra konuşmuştu, ki uykuda yeme bozukluğu tıp camiasınca yıllar öncesinde tanımlanmıştı. "Bu konuyu daha önce açmadığım için pişmanlık duymuştum. Çünkü [tanı rehberlerindeki] listede yer alması, ancak insanların onun hakkında konuşmaya başlamasıyla mümkün olmuştu." Bu bozuklukla ilgili bilgi eksikliğinde kendi sessizliğinin de payı olduğunu hissediyordu.

*

Son zamanlarda küçük bir değişikliğin farkına varmıştı Don. Neredeyse hiçbir şey hatırlamaksızın uykusunda yemesine ek olarak (ki bu durum bütün şiddetiyle devam etmekteydi), gecenin bir yarısında uyandığında da bazen bir şeyler yiyordu. "Tümüyle uyanık halde olsam da yeme dürtüsü kesinlikle karşı koyulmaz bir hal alıyor." Anlattığına göre, uyandığında eğer yemezse bir daha uyuyamayacakmış gibi ezici bir duyguya kapılıyordu. "Karım yanımdaysa 'Haydi yat yerine,' diyor, ama beş dakika sonra ne yapıp edip [yemek için] kalkıyorum."

Don'un o sıra yaşadığı gece yeme sendromu, uzun süredir sıkıntısını çekmiş olduğu uykuyla ilişkili yeme bozukluğundan farklıydı. Bu bozukluğun aksine, gece yeme sendromu zorlantılı ve tam bilinç haliyle yapılan, derin uykudan kaynaklanmayan bir eylemdir. Don da ne yaptığının tam olarak farkındaydı, ama kendine engel olamıyordu.

Bununla birlikte sendrom, uyku çalışmasında belirlemiş olduğum periyodik uzuv hareketi bozukluğuyla ilişkili olabilirdi. Geceyi uyku laboratuvarında geçirdiği her seferinde, Don'da hem şiddetli periyodik uzuv hareketi bozukluğu (uyku çalışmalarından birinde bütün gece süresince, saatte 110 tekme savurmuştu) hem de orta düzeyde uyku apnesi olduğu ortaya çıkıyordu. Uyku çalışmalarının gösterdiği bir şey de, birdenbire derin uykudan görünürde "uyanması" ile kendini gösteren, uyurgezerliğe özgü kafa karışıklığını ve yeniden uykuya dalışını da içeren tipik kalıptı. Buna ek olarak, bariz biçimde uyandığı, bir muz yediği ve ardından yeniden uykuya daldığı bazı olaylara da tanıklık ettik.

Huzursuz bacak sendromuyla (HBS) güçlü bir ilişki içinde olan gece yeme davranışı, sıklıkla periyodik uzuv hareketi bozukluğu eşliğinde ortaya çıkar ve uyanık kalındığı saatlerde bir şeylerle oyalanma meselesinden ibaret değildir. İnsomni yaşayan insanlar çok daha uzun süre uyanık kaldıkları halde, doğrudan bu tanıyı almış insanlarda nadiren görülen bir davranıştır bu. Bazı araştırmacılar gece yeme sendromu ile HBS arasındaki kimi benzerliklere dikkat çekerler. Her ikisinde de bir zorlantı duygusu ve bunu giderecek bir aracın arayışı

vardır. HBS'de giderek artan bir hareket etme dürtüsü ortaya çıkar. Bu dürtü zamanla o kadar güçlenir ki, hareket etmekten başka çare kalmaz. Benzer şekilde, gece yeme sendromundaki dürtü de yeme ihtiyacıdır ve ihtiyaç giderilene kadar dürtü tırmanır. Aslına bakılırsa, HBS'nin tedavi edilmesi gece yeme sendromuna da iyi gelir. HBS için uygulanan standart tedavilerin (dopamin reseptör agonistlerinin), kimi zaman gün içinde alışveriş, kumar veya hiperseksüalite gibi zorlantılı davranışlara yol açtıkları gibi, gece yeme davranışından da sorumlu olabilecekleri ileri sürülmüştür. Bununla birlikte, dopamin reseptör agonistlerinin gece yeme sendromunun *tedavisinde* kullanımlarını destekleyen kanıtlar da vardır. Bu kanıtlara göre geceleri zorlantılı yeme davranışı, sirkadiyen ritmin HBS etkisiyle aksamasının bir sonucudur.

Tam farkındalık olmaksızın gerçekleşen ve REM-dışı uykunun bir ürünü olan uykuyla ilişkili yeme bozukluğunun kendisi de huzursuz bacak sendromuyla ilişkilendirilmiştir. Uykuyla ilişkili yeme bozukluğu ve gece yeme sendromu arasında görülen örtüşme de önemlidir: Birincisini deneyimleyen hastaların yarısında ikinci sorunun da olması, ikisinin ortak nedenlere dayanıyor olabileceğine işaret eder. Bunlar birbirinden farklı sorunlardır. Birinde olay sonradan hatırlanmazken ve gün içinde normalde yenmeyecek şeyler, hatta bazen de yenebilir olmayan şeyler tüketilirken, diğerinde tam uyanıklık söz konusudur ve sıradışı şeyleri yeme eğilimi yoktur. Bir olasılık da, bu ikisinin, tek bir bozukluğun tanımladığı yelpazenin iki farklı ucunda yer alıyor olmasıdır. Uyanıklıkta veya REM-dışı uykuda belirmelerine bağlı olarak farklı şekillerde açığa çıkan iki koşul söz konusudur bu yelpazede: yemeyle ilgili olarak sıradışı bir sirkadiyen ritim ve yemeye bağlı, işlevsiz bir nörolojik ödül.

Öyleyse, sorununun büyük ölçüde nörolojik olduğu ve beynindeki kimyasal bir anormallikten kaynaklandığı konusunda Don'la hemfikir miydim? Doğrusu, hem evet hem hayır. Don'un, diğer REM-dışı parasomnilerde de kendini gösteren ve beynin bir bölümü uyanıkken diğer bölümlerinin uykuda olduğu ikili beyin durumuna eğilimi olduğuna kanaat getirdim. Bu onun, sonradan hiç hatırlamaksızın gecenin ortasında yemek hazırlamasını, yiyecek bulmasını ve oldukça

karmaşık işlere girişmesini mümkün kılıyordu. Dahası, bu eğilim periyodik uzuv hareketi bozukluğu etkisiyle daha da şiddetlenerek ara ara derin uykudan kısmen uyanmasına ve gecenin ortasında "uyanık" kaldığı sürenin artmasına neden oluyor, böylece sirkadiyen ritmini aksatıyordu.

Bununla birlikte, psikolojik etkenlerin de devrede olduğu su götürmezdi: zor geçmiş bir çocukluk, depresyon ve alkolle olan aşırı sorunlu ilişkisi gibi. Kızının yiyecekle olan hastalıklı ilişkisi de çekmişti dikkatimi. Don'un alkolizmi üzerinde konuşurken ona ebeveyninin de alkol sorunları olup olmadığını sordum. "Annemin yemek öncesi kokteyllerden hoşlandığını hatırlıyorum. Daha sonraları sanırım çalışmaya başlamıştı. Ama yıllar sonra, ölümünün ardından öğrendim ki, on yıl boyunca iş dışındaki zamanlarını odasında sarhoş vaziyette geçirmişti."

Psikolojik sorunlardan bazıları elbette biyolojik bir temel taşıyor olabilir. Don'da da bir tür sıradışı ödül mekanizması işlemekteydi: Belirli etkinliklerin yarattığı aşırı "heyecan" durumuyla kendini gösteren zorlantılı davranışlara eğilimi vardı. Alkolizm de bu kapsama girmekteydi. Periyodik uzuv hareketi bozukluğunu bir dopa agonistiyle tedavi etmeye çalıştığım bir noktada, kadınlarla internet üzerinden flört etme zorlantısı geliştirmiş, bu durum ilacı keser kesmez sona ermişti. Ödül sistemindeki bu işlev bozukluğunu görünüşe göre annesinden almış, ardından kendi kızına da geçirmişti. Öyleyse belki de yiyecekler Don için daha vurgulu bir ödül unsuruydu.

Don'un, sadece birkaç ay içinde 20 kilodan fazla aldığı Harvard günleri hakkında anlattıklarına yeniden döndüm. Uykuda yeme davranışının gün yüzüne çıkmasından çok önceydi bu. Yiyecek karşısında sergilediği bu aşırı dürtüsellik belki geceleri uykudayken, beyni REM-dışı parasomni fazında olduğu sırada limbik sisteminin etkinleşmesinden, belki de periyodik uzuv hareketi bozukluğuna bağlı olarak uyanmasından kaynaklanıyordu. Gündüzleri ise geceleri tükettiği yüklü miktarın etkisiyle kendini o kadar gergin ve şişmiş hissediyordu ki, yemeye yeltenmiyordu bile. Hoşuma hiç gitmese de, psikanalistlerin "gizli arzuların" geceleri açığa çıktığı yolundaki görüşlerine hak verir bulmuştum kendimi.

Uykuda yeme davranışının, ne şiddet ne de tedavi zorluğu açısından böylesine aşırı boyutlara vardığı bir kişi daha gördüğümü hatırlamıyorum. Don'u tedavi etmeye çalışan tek uyku hekimi ben değildim üstelik. REM-dışı parasomniler için uygulanan standart tedaviler başarısız olmuştu ve ben de hem uyku apnesini hem de periyodik uzuv hareketi bozukluğunu tedavi etmeye çalışmıştım. İlaçlarını ayarlamak kolay iş değildi. REM-dışı parasomniler için uygulanan birçok tedavi kol-bacak hareketlerinin daha da kötüye gitmesine neden olabiliyordu. Periyodik uzuv hareketlerine karşı kullanılan birçok tedaviden ise –bu vakada özellikle gözetilmesi gereken– bağımlılık yapma potansiyellerinden dolayı kaçınmıştım. Huzursuz bacak sendromunun standart tedavisinde kullanılan dopamin reseptör agonisti, zorlantılı davranışların kapsamını daha da artırıyordu. Uykuyla ilişkili yeme bozukluğunda sıklıkla kullanılan bir tedavi de, iştahı baskılayıcı bir epilepsi ilacı olan topiramata dayanmaktaydı. Bu da herhangi bir etki göstermedi. Şu sıralarda, uykuyla ilişkili yeme bozukluğu ve gece yeme sendromunun üstesinden gelebilmek için, bacak hareketlerini azaltmak hedefiyle uyguladığımız demir infüzyonlarını deneme aşamasındayız. Ama çok da umutlu olduğumu söyleyemem.

Don geceleri kabaran iştahıyla yaşamayı öğrendi. Gece vakti ulaşabildiği yiyecekleri sınırlandırarak durumu bir ölçüde kontrol altına alabilmişti. Buzdolabına meyve gibi sağlıklı yiyeceklerden daha fazla koymayı da denemiş olmakla birlikte, anlattığına göre bu bile bazı sorunlara yol açabiliyordu. "Üzümü aşırıya kaçırıp ishal olmuş vaziyette uyandığım oluyor," diye anlattı omuz silkerek. Uykuda yeme davranışı, elbette eşiyle ilişkisini ve gün içindeki durumunu da etkiliyordu. Her gece üstesinden gelmek zorunda olduğu bu bozukluğun algılanış biçimi onu çileden çıkarmıştı: "Bu, yaşamı büyük ölçüde etkileyen ciddi bir sorun. Oldukça başarılı bir kariyerim var; ama bu kariyere, her güne zorluklarla başlama pahasına sahip olabildim. Bunu söylüyorum, çünkü uyku bozukluklarıyla ilgili televizyon programlarını birden fazla kez izledim ve her seferinde, uykuda yeme davranışının mizahi bir unsur olarak kullanıldığına tanık oldum."

Don vakası benim için –tabiatı itibarıyla olmasa da kökeni itibarıyla– klinikte tanık olduğumuz uyku sorunlarına iyi bir örnek. Uyku, biyolojik ve psikolojik etkenlere (genlerimiz, anatomimiz, beyin kimyamız) olduğu kadar, yaşamın getirdiği stres ve gerilimlere de (ruh halimiz, kaygı düzeyimiz, zihinsel durumumuz) bağlıdır. Tek başına değil, ancak yaşamın daha geniş bağlamı içinde ele alınabilir. Genel olarak uykunun kendisi için durum buysa, uyku bozuklukları için de kesinlikle aynı şey geçerlidir.

12
Uykuya Doyamayanlar

HER BİRKAÇ AYDA BİR, çocuk hastalıkları uzmanı meslektaşlarımla bir klinikte oturur ve narkolepsi ya da şiddetli uyurgezerlikten yakınan gençleri muayene ederim. Bununla amacımız, rengârenk boyanmış, resimlerle süslü duvarları, curcunalı ve koşuşturmalı girişiyle hemen yanıbaşımızdaki çocuk hastanesinin daha duygusal ve samimi dünyası ile, yetişkin tıp dünyasının görece sert hastane ortamı arasındaki geçişi yumuşatmaktır. Tanıdığım çocuk hastalıkları hekimlerinden bazıları çarpıcı sarı-mor gömlekler giyer ve her klinik buluşmasına farklı bir saç rengiyle gelir. Kimlik kartlarının kordonları ise rozetler veya sevimli anahtarlık oyuncaklarıyla süslenmiştir. Ne benim ne de yetişkin meslektaşlarımın yeğleyeceği bir görüntüdür bu.

Yetişkinlikle birlikte, hasta kendini yeni zorluklarla karşı karşıya bulur. Onlu yaşlarındaki bir gencin yaşamı toplumsal, eğitimsel ve tıbbi açıdan daha karmaşıktır. Bu yaşlardaki bir hasta, sağlığının idaresinde artan bir sorumluluk yüklenir ve sorumluluğun taraflar arasındaki bu değişimi hem gencin kendisi hem de ailesi için zor olabilir.

Sözünü ettiğimiz geçiş dönemi kliniğinin hedefi, ebeveyn müdahalesinin yavaşça azaltılması, bakımın yeni bir ekibe uygun biçimde devredilmesi süreçlerini kolaylaştırmak ve gencin durumunun araç kullanımı, sosyal hayat, alkol ve madde kullanımı ve evden taşınmaya olan etkisinin tartışılmaya başlayacağı bir ortam yaratmaktır. Hastalar kimi zaman ergenler için klişe sayılabilecek bir tutum içine girer ve tek tük konuşup asık bir yüzle sandalyelerinde kaykılarak, so-

rumluluğu olduğu gibi onlar adına konuşan ve –anlaşılır biçimde– aşırı koruyucu bir tutum içindeki ebeveynlerine atarlar. Ama Jamie bu ergen kalıbından alabildiğine uzak bir kişilik sergilemekteydi.

Kendini iyi ifade eden, düşünceli ve ilkeli on altı yaşındaki bu gencin akademik bir zihin ve sportif bir yapıya sahip olduğu açıktı. Kendisi ve bütün ailesi tam birer ragbi delisiydiler. Jamie hem okulu hem de ülkesini temsilen oynayan üst düzey bir oyuncuydu; babası koçluk yapıyor, annesi ve erkek kardeşleri de bu spora büyük merak duyuyorlardı. Jamie'nin arzusu Imperial College ya da Oxford'da tıp okumaktı. Ortopedi ve spor tıbbı alanında izleyeceği bir kariyer, spor tutkusuyla akademik potansiyelinin bir araya gelmesi demekti. Ancak bariz yeteneklerine karşın, Jamie'nin mücadele etmesi gereken sorunlar da vardı.

"Her şey on dördüncü yaş günümden hemen sonra başladı," diye anlattı bana.

> Okulun Serre Chevalier'de [İtalyan sınırına yakın bir Fransız kayak merkezi] düzenlediği bir kayak gezisine katılmıştım. Kâbus gibi bir yolculuktu. Çok büyük bir kar fırtınasına yakalandık. Otobüsümüz altı-yedi saat boyunca otoyolda sıkıştı kaldı. Ne yiyeceğimiz ne içeceğimiz vardı; kırk-elli kişiydik. İletişim olanağımız da yoktu. Otele sabahın ikisinde varabildik. Herkes tükenmiş vaziyetteydi. Ama sonuçta oraya kayak yapmaya gitmiştik, onun için sabah sekizde kalktık ve kayağa gittik.

İzleyen birkaç gün oldukça yorucu geçmişti. Jamie ve arkadaşları kayıyor, buz pateni yapıyor, kızağa biniyor ve gecenin geç saatlerine kadar oturuyorlardı. Şöyle anlattı Jamie: "Bir gün öğleden sonra kendimi çok uykulu hissetmeye başladım ve kayaktan vazgeçtim. Fazla su içmemiştim; bu yüzden su kaybetmiş olabileceğim geldi aklıma. Epeyce kola içtim, ama belli ki bu da yeterli gelmedi. Çok yorgun hissediyordum kendimi ve öylece uyuyakaldım."

O sırada tek başına değildi Jamie. Hareketi biraz fazla kaçırmanın etkilerini hisseden başkaları da vardı ve onlar da öğle sonrasını odalarında dinlenerek geçirmeyi yeğlemişlerdi. Ancak dinlenmiş olmasına karşın Jamie kendini hâlâ uykulu hissediyordu ve arkadaşları gece buz pateni yapmaya gittiği halde yatakta kalmayı seçmişti. "İki saat sonra oda arkadaşlarım buz pateninden dönmüştü ve uyandığımda

karşımda bir oda dolusu insan vardı. Bana bir oyun oynamışlardı – krem şantiyle yaptıkları bir şey, on dört yaşındaki çocukların yaptığı türden aptalca bir numara işte. Uyandığımda kafam gerçekten karışıktı ve bana oyun oynayanlara karşı epey agresif hissettim kendimi. Tam bir sersemlik içindeydim."

Ancak Jamie kendini iyi hissetmediği halde ertesi gün de kaymaya gitmişti. "Teleskiyle yukarı çıkarken *bir terslik var* diye düşünüp ardından uyuyakaldığımı net biçimde hatırlıyorum," diye anlattı. "Kendimi iyi hissetmediğim o birkaç gün gerçekten de tuhaftı. Bir tür kırıklık yaşadığımı, bir mikrop kaptığımı düşünmüştüm sadece. Sonuçta havalimanına varana kadar bütün yol boyunca otobüste uyudum. Havalimanında fazlasıyla sersem gibiydim. Ne nerede olduğumu, ne de neler olup bittiğini anlayabiliyordum."

Jamie eve vardıktan sonra, hatırladığına göre kurt gibi acıkmıştı. "Sofraya oturup akşam yemeğimi yemeye başladım. Çok ama gerçekten çok hızlı yiyordum. Ailemin 'sakin ol!' dediğini hatırlıyorum. Bana gezinin nasıl geçtiğini sormuşlar, tek kelime etmediğim için de kızmışlardı; ne de olsa epeyce para dökmüşlerdi bu gezi için. Ağzımı bile açmamıştım bu konuda."

Bu noktada sözü Jamie'nin babası Jok devraldı. "Pazar günü her zamanki gibi ragbi maçına gittik ve onu evde bıraktık. Öğleden sonra döndüğümüzde hâlâ uyuyor ve kalkmamakta direniyordu. Belki de vücudu susuz kaldığından uyuyordur diye düşündük; ya da belki kafasını çarpmış ve küçük bir sarsıntı yaşıyordu. Ama bir şeylerin yolunda gitmediği kesindi." Jamie'nin annesi Oriele, Jamie'nin o anki durumunu şöyle anlatıyordu: "Boş boş bakıyordu öyle. Gözbebekleri büyüktü. Ona ulaşamıyorduk, iletişim sıfırdı." Onu hastaneye götürmeleri gerektiğini işte bu noktada akıl etmişlerdi.

Acil serviste yapılan ilk testlerin hepsi normal sonuç verince, hekimler Jamie'de psikiyatrik bir sorun olabileceğini düşünmüşlerdi. Oriele hekimler tarafından sorguya çekildiklerini hatırlıyordu. "Hangi maddeleri kullandığına dair epey sıkıştırdılar çocuğu. Sonunda başı ağrıdığı için bir Nurofen aldığını söyledi," diye anlattı gülerek. "O kadarını söylemeyi becerebildi. Odadaki hekim, söylediğine göre orada çalıştığı dokuz yıl süresince, sadece cinsel istismara uğrayan

çocukların böyle göründüğüne tanık olmuştu."

Jok o ânı hâlâ dehşetle hatırlıyordu. "Tabii bu noktada tehlike çanları çalmaya başladı. Gerçekten de çok endişelenmiştik."

Birkaç saat sonra nihayet, onu akşam eve götürmeleri için Jamie'nin anne ve babasına izin verilmiş, ama Jamie ertesi gün tekrar hastaneye yatırılmıştı. Odasındaki yatakta yatarken Heathrow havalimanına inen uçakları seyrettiğini hatırlıyordu Jamie. "İntihar olasılığına karşı gözetim altındaydım. Bakıcım biraz eksantrik görünüşlü bir adamdı. Orada bir süre kaldım. Feci yemekler yiyip bolca televizyon seyrediyor ve pek bir şey yapmıyordum. Öyle çok fazla uyuduğumu hatırlamıyorum. Tek hatırladığım, ailemin ziyaretime geldiği ve deliler gibi çikolatalı kek yediğim."

İzleyen birkaç gün içinde Jamie'den omurilik sıvısı alınmış, ayrıca beyin taraması ve EEG uygulanmıştı. Ailesinden ayrı olarak psikiyatrik değerlendirmeye tabi tutulduğunu da hatırlıyordu. "Bu benim için gerçekten korku vericiydi," diye anlattı. "Söylediğim şeylerden bazıları benim için hiç de olağan sayılmazdı. İntihara eğilimim olduğunu, hatta bir keresinde kendimi bir sprey şişesiyle öldürmeyi düşündüğümü söylemiştim örneğin. Ağzımdan çıkanları düşünmüyordum bile." Bundan kısa süre sonra Jamie ve ailesine tanı bildirilmişti.

Tahminlere göre Jamie'de PANDAS adı verilen bir bozukluk gelişmişti. Boğazdaki bir streptokok enfeksiyonuyla tetiklenen bu ender otoimmün ve nörolojik bozuklukta, streptokoklarla mücadele için harekete geçen antikorlar, beyinde bazal gangliyonlar adı verilen yapılara saldırarak psikiyatrik belirtilere ve bazı sıradışı hareketlere yol açar. Jamie ve ailesi bu tanı karşısında rahatlamışlardı. Jamie damar içine verilen antibiyotiklerle tedavi edilmiş ve birkaç gün sonra yavaş yavaş normale dönmeye başlamıştı. Birkaç haftanın ardından okula dönebilmişti.

Jok şöyle anlatıyordu: "Tabii PANDAS tanısı yüzde yüz kesin değildi. Hekimlerin buna tam da ikna olmadıklarını anlayabiliyorduk. Ancak o sıra en uygun olasılık buydu. Sonra hastaneden çıkıp kendini daha iyi hissetmeye başlayınca rahat bir nefes aldık. Jamie'miz geri dönmüştü."

Jamie ve ailesi için hayat hızla normale dönmüş ve olanları geçmişte bırakmışlardı. Jamie yine azimle çalışıyor ve oynuyordu; yoğun hayatındaki başka bir çok şeyin yanı sıra bir de yerel bir kulüpte ragbi oynamaya başlamıştı. Her şey yine eskisi gibiydi.

İlk atağının üzerinden geçen on üç ayın sonunda, Jamie arkadaşlarıyla bir partiye gitmişti. Ragbi oyuncuları içkiden uzak durmakla nam yapmamışlardır, malum, ben de ona o sıralarda içki içip içmediğini sordum. "Hiçbir zaman öyle fazla kaçırmadım içkiyi, ama biraz alkol almış, partiye gitmiş ve eve epeyce geç dönmüştüm. Ertesi sabah aynı şey bir daha vurdu beni, bu yüzden loş bir odada bütün gün uyudum." Anne babası eve geldiklerinde bir şeylerin yolunda olmadığını hemen anlamışlardı. Yine aşırı uykuluydu Jamie. Oriele durumu şöyle anlattı: "Daha önceki sefere öyle benziyordu ki her şey. Yine o boş bakış vardı yüzünde. Bu yüzden onu hemen hastaneye götürdük yine. Acil servise fiziksel olarak sağlam görünen bir genç adamla giriyor olmak tuhaftı doğrusu; iyi görünse de iletişim kurmadığını, işlevlerinde bir bozukluk olduğunu anlatmaya çalışıp durduk."

Hastaneye yatış süreci, ilk seferden daha az travmatik değildi. Hekimlerin bir içeri bir dışarı yürüdüğü bir odada tutulmuştu Jamie. "Çocuk psikiyatristi olan hekimlerden biri o kadar kaba davrandı ki," diye hatırlıyordu Jok; "içeri daldıktan sonra 'akut psikoz!' deyip doğruca dışarı çıktı."

Jamie izleyen on gün boyunca hastanede kalmıştı. Davranışları çarpıcı biçimde anormaldi. "Deli gibi yiyordu," dedi Jok. "Yanına bir paket bisküvi bile bırakamıyorduk. Çocuk ve Adolesan Zihinsel Sağlık Hizmetleri'nden uzmanlar onu yeniden görmeye geldiklerinde, elinde bir bisküvi paketi vardı. Koca paketi bir çırpıda yutuvermesi uzmanlar açısından da sıradışı bir davranıştı." Bu süreçle ilgili olarak Jamie'nin de hatırladıkları vardı. "Büyükannemle büyükbabam ziyarete geldiklerinde huysuzluğum tutmuştu. Bana aşina gelmeyen kimseyi sevmiyordum. Konuşamıyordum. Annemle telefonundaki Notes uygulamasını kullanarak konuştuğumu hatırlıyorum. Epeyce küfrediyordum. Bana ne yiyip içtiğimi sorduklarında cevabım 'bok içtim!' olmuştu."

Oriele de doğruladı bunu: "Fazlasıyla küfürlü konuşuyordu, ki bu hiç de onun tarzı değildir. Asla kullanmayacağı –en azından öyle umduğum!– sözcükler kullanıyordu." Anne babasının anlattığına göre, psikiyatristler kısa süre sonra bunun bir zihinsel sağlık sorunu olmadığında karar kılmışlardı. "'Bizden bu kadar, işimizi yaptık, onu taburcu ediyoruz, bu zihinsel bir sorun değil,' biçimindeydi tavırları".

Ertesi gün, Jamie'de endişe verici başka davranışlara dair işaretler de ortaya çıkmaya başlamıştı. Oriele şöyle anlatıyordu: "Jamie farklıydı, etrafımda tuhaf şeyler yapıyordu. Karakterine tümüyle aykırıydı bu." Jok araya girdi: "Yakışıksız önerilerde bulunuyor, normalde hiçbir kadının, hele de annenizin yanında yapmayacağınız şeyler yapıyordu." Bu noktada Jamie huzursuzlukla sandalyesinde kıpırdandı ve o sırada bize katılmış olan kız arkadaşı Megan'a kısa bir bakış attı. Yanaklarının kızardığını görebiliyordum ve hissettiği utançtan dolayı üzülmüştüm. Oriele, Jamie'nin son derece yakışıksız davranışlarını sakince anlatarak devam etti ve ayrıntıları işittikçe yüzü buruşan Jamie'ye verdiği rahatsızlıktan dolayı ondan özür diledi. "Böylece fark ettim ki, Jamie ile belirli bir mesafeyi korumam ve ona fazla yaklaşmamam gerekiyordu." Jok devam etti: "Bu yüzden ona karşı epey korumacı davrandık ve özellikle de hemşireler içeri girdiğinde benim de mutlaka orada bulunmama dikkat ettik."

*

Uyku bozukluklarının tuhaf dünyasında Kleine-Levin sendromu kadar sıradışı veya kolay tanınır bir bozukluk daha yoktur. Jamie'nin geçirdiği ataklar, KLS kısaltmasıyla bilinen bu bozukluğun bütün ayırıcı özelliklerine sahipti. On altıncı yaş gününün ardından yaptığımız ilk görüşmede kendisi ve ailesine, Jamie'nin sorununun bu olduğundan pek kuşku duymadığımı söyledim. Hastaneye ikinci yatışında onu gören psikologlardan biri, onlara nörolojiye merak duyduğunu ve KLS hakkında bir şeyler okumuş olduğunu söylemişti. Bunu olası bir açıklama olarak gündeme getirdiyse de, Jamie'nin ailesi ilgili tıp ekibine durumu açtığında, önerileri dikkate bile alınmamıştı.

"Hekimlere bundan bahsettik ama görmezden geldiler," diye an-

lattı Jok. "Biz de başladık okumaya. Belirtilerin üzerinden geçerken işaretlediğimiz kutucukların sayısı epey fazlaydı. Uyuma, aşırı yeme, cinsel davranışlar, temkinli davranışlar, gerçeklikten kopuş..."

Bu konuda Jamie'yi biraz daha sorguladım. Cevabı şöyle oldu: "Böyle zamanlarda sarhoş gibi hissediyorum kendimi. Kendi vücudumun içinde değilmişim ve kendimi izliyormuşum gibi. Bunu anlatmak gerçekten zor. Sanki bir tüneldeyim ve olan biten her şeyi görebiliyorum, ama dışımda kalan hiçbir şeye etkim yok. Ellerimi, bacaklarımı ve ayaklarımı hissedemiyorum. Konuşamıyorum. Düşünebiliyor ama konuşamıyorum."

Tıpta nedeni hakkında neredeyse en ufak bir fikre sahip olmadığımız çok az bozukluk vardır ve KLS de bunlardan biridir. Bildiğimiz bir şey, çok ender görüldüğüdür – hem de aşırı ölçüde. Tahminlere göre bir milyon kişide bir ila beş kişiyi etkilemekle birlikte, bazı etnik gruplarda (örneğin Aşkenaz Yahudileri) muhtemelen daha yaygındır. Nasıl bir tablo ortaya çıkardığı da bilinenler arasındadır. Aslına bakılırsa yüzyıllar önce betimlenmiştir bu bozukluk. Tıp literatüründeki ilk olası vaka, başlığı pek de yaratıcı olmayan 1705 tarihli bir makaleye uzanır: "Bath Yakınlarındaki Tinbury'de Sıradışı Uykululuk Sergileyen Bir Kişinin Betimlemesi." Fakat sendrom (bir hastalıktan çok, birbiriyle ilişkili bir belirtiler toplamına atıfta bulunur "sendrom" terimi) ile ilgili daha iyi bir betimleme için 20. yüzyıl ortalarını beklemek gerekecektir.

İlk modern betimlemeler (sırasıyla Almanya ve ABD'de yaşayan Willi Kleine ve Max Levin'inkiler de dahil olmak üzere) derin bir uykululuk, yanında "hastalıklı bir açlık" ve hiperseksüalite atakların-dan muzdarip genç erkeklere dairdi. İlk betimlemelerden bu yana, sendromun kapsadığı belirtiler yelpazesi hakkındaki anlayışımızda bir miktar ilerleme kaydedildi. Önceleri bozukluğun yalnızca erkekleri etkilediği düşünülmüş olsa da, bu durum, genç erkeklerin sergilediği hiperseksüalitenin daha kolay anlaşılmasından ve dolayısıyla daha hızlı bir tanıya yol açmasından kaynaklanıyor olabilir. Bununla birlikte KLS'nin kadınlardan çok erkekleri etkilediği, hâlâ geçerli olan bir görüştür. Herhangi bir yaşta başlayabilen bu bozukluk genellikle ergenlikte ortaya çıkar. İlk ataklar bazen çocuklukta da baş-

layabilir. Bildirilmiş en yaşlı hasta ilk atağını seksenlerinde geçirmiş olmakla birlikte, bu son derece sıradışı bir durumdur. Jamie'de ise hem başlangıç yaşı hem de atakların özellikleri oldukça tipikti.

Bu sorunu yaşayan hastalar genellikle günler veya haftalar, nadiren de birkaç ayı bulabilen ve birkaç ayda bir tekrarlayan davranış değişimi evrelerine girerler. Genel tablo, Jamie'de olduğu gibi çok derin bir uykululuk halidir. Bu uykululuk öylesine dayanılmaz ölçüdedir ki, hastaların uyumayacağı yer yoktur. Arabaların altına sürünerek girip, araba yerinden ayrıldıktan sonra da uyur halde bulunan hastaların varlığını okuduklarımdan biliyorum; ya da Jamie'nin anlattığı gibi, bir teleski üzerinde uyuyakalanları. Hastalarımdan biri, bir havalimanı terminalinin beton zemininde, sürüsüyle yolcunun arasında uyuyakalmıştı. Bu bozuklukta günlük uyku süresi 22 saati bulabilir ve uykululuk öyle şiddetli boyutlara varabilir ki, hastalar sadece yemek ya da tuvalete gitmek için yerlerinden kalkarlar. Ailesi yatağının dibine plastik şişeler bırakan bir hastamı hatırlıyorum; yataktan kalktığını ele veren tek kanıt, idrarla dolu kola şişeleriydi. Kalkması için zorlandığında, genci uyandırmak genellikle inanılmaz ölçüde zordur; uyandırıldığında da son derece agresif tavırlar sergileyip şiddetli patlamalar halinde küfreder. Ataklar halinde ortaya çıkan bu uykululuk halinden dolayı KLS, ilgili bir haber ortaya çıktığında magazin basınının kullanmayı pek sevdiği "Uyuyan Güzel Sendromu" başlığıyla anılır hale gelmiştir. Bununla birlikte hastalar ve aileleri, bozukluğun yaşam üzerindeki etkilerini hafife aldığı ve KLS'yi romantize ettiği gerekçesiyle güçlü bir nefret besler bu başlığa.

Jamie'nin hikâyesinin de işaret ettiği üzere, KLS'nin tek belirtisi uykulu olmak değildir. Kleine ve Levin, KLS hastasının uyanıkken oldukça tuhaf davranışlar sergilediğine dikkat çekmişlerdir. Bir kere, "hastalıklı açlık" duygusu –yemeye yönelik denetlenemez bir dürtü– vardır ortada. Normalde ağızlarına koymayacakları yiyecekleri yiyen (büyük miktarlarda et tüketen vejetaryen hastalar gibi) ya da evin mutfağında yenebilir olan her şeyi silip süpüren hastalar görmüşümdür ben de. Genellikle şeker, çikolata veya cips gibi abur cuburları yeme eğilimi vardır bu hastalarda. Tıp literatüründe, aşırı hızlı ve doymamacasına yiyen bir hastanın, lokmasının bir kısmını yutmak

yerine solumasına bağlı olarak zatürreden öldüğü bir vaka yer alır. Jamie'nin koca bir paket bisküviyi tüketmiş olması, bunun yanında ılımlı bir davranış sayılabilir.

Sonra bir de belirtilerin o en çarpıcısı vardır: hiperseksüalite. Sadece erkek değil kadın KLS hastalarında da bildirilen bu özellik, ilgili herkes için büyük bir utanç kaynağıdır ve arada tehlikeli de olabilir. Gördüğüm ilk KLS hastası, İngiltere'nin kuzeyinden genç bir erkekti. Ataklar sırasında hiperseksüalitesi öyle bir düzeye fırlıyordu ki, adam evinin önünde oturup, karşısından geçen her kadına uygunsuz tekliflerde bulunuyordu. Ona başarı oranının epeyce düşük olduğunu tahmin ettiğimi söylediğimde verdiği cevap şu oldu: "Benim nasıl bir mahallede yaşadığımı bilmiyorsunuz siz!" Ancak, bu konudaki bariz hafifseyici tavrına karşın onu tıbbi yardım almaya iten nedenlerden biri de, davranışlarının son derece aşırı, cinsel güdüsünün de son derece şiddetli olmasından dolayı suç kapsamına giren bir eylemde bulunmaktan korkmasıydı.

Uykululuk, aşırı yeme ve hiperseksüaliteden oluşan üçlü KLS'nin temel belirtilerini oluştursa da, bütün bu özellikleri gösteren hastaların aslında azınlık olduğunu giderek daha fazla fark etmeye başlamış durumdayız. Hastaların ataklar sırasında yaşadığı şey, derin uykululuktan çok, kafa karışıklığı veya rüya benzeri bir durum. Kendilerini bir baloncuk içinde, çevrelerindeki dünyanın da gerçek olmadığını hissettiklerinden söz ediyorlar sıklıkla. Beyninin dış dünyayla bağlantılı olmadığı gibi bir hissi Jamie de hatırlıyordu örneğin. Yaygın olarak bildirilen durumlar arasında kayıtsızlık (apati), ruhsal sıkıntı ve kaygı da bulunuyor. Hastalarımın birçoğu, tanıdık gelmeyen herhangi bir şey karşısında kendilerini inanılmaz derecede rahatsız hissettiklerini söyüyorlar; tıpkı büyükanne ve büyükbabasının kendisini hastanede ziyaretleri sırasında Jamie'nin hissettiği gibi. Ama Jamie'nin sevmediği, sadece aşina olmadığı insanlar değil, aşina olmadığı şeylerdi aynı zamanda.

Jamie'nin annesi, onun aynı şarkıyı defalarca söylediğini ya da iPod'unda defalarca dinlediğini hatırlıyordu. Çizgi filmler veya Disney filmleri gibi olay örgüsü tahmin edilebilir, çocuksu programları gün içinde kimi zaman birkaç kez ve arka arkaya izleyen, tıpkı Jamie

gibi aynı şarkıyı bıkıp usanmadan söyleyen birçok hastam vardır. (Hatta genç kadın hastalarımdan biri, Disney'nin *Frozen* filmindeki "Let It Go" şarkısını defalarca söylemesiyle ailesini çileden çıkarmıştı.) Yeni ya da beklenmedik olan herhangi bir şey bu kişilere büyük sıkıntı verir ve bu çocuksu davranış biçimi konuşmaya da uzanır. Aileleri sıklıkla, hastaların ataklar sırasında daha az konuşkan olmakla kalmayıp, konuşma içeriklerinin de çocuksu olduğundan, çocuksu ya da bebeksi konuşma kalıplarını içerdiğinden söz ederler. Jamie'nin ailesi, konuşma tonlamasının bile değiştiğini söylüyordu. Jok'un dediğine göre "sadece basit sözcükler kullanıyordu. 'Bab-baaa! Bisküvii!' gibi".

Atak sırasında gördüğüm bazı hastalardan yola çıktığımda, bu olayların neden psikiyatrik, psikolojik ya da basitçe kaytarma çabası olarak nitelendirildiğini anlamak zor değil. Bu davranışlar gerçekten de tanıklık ettiğim en tuhaf klinik tabloları temsil ediyor. Düşünün ki karşınızda bir delikanlı var: Ne gerçek anlamıyla uyanık, ne de uyur vaziyette yatakta yatıyor; tam sessizlik ve tepkisizlik durumu ile, birdenbire kalkıp arka arkaya beş çikolata yediği ve ardından yeniden yattığı bir başka durum arasında gidip geliyor. "Çak!" nidasıyla ellerime vuranlar, gülünç ya da son derece uygunsuz konuşmalar yapanlar, küfredenler... Uyku laboratuvarının duvarına monte edilmiş televizyonda oynayan *SüngerBob KarePantolon* ya da çok sevilen bir peluş oyuncak hakkında konuşurken, bazen on yedi yaşındaki birinin vücuduna yerleşmiş bir bebekle konuşurmuş gibi hissediyorum kendimi. Beş yaşlarındayken kızlarımla yaptığımız sohbetler daha makuldü.

Kleine-Levin sendromu en aşırı durumlarda delüzyon (sanrı) veya halüsinasyonlarla (varsanı) ilişkili olabilir. Buna bağlı olarak KLS hastalarına bipolar bozukluk veya şizofreni gibi psikotik bir bozukluğa işaret eden hatalı bir tanı konması çok da sıradışı bir durum değildir.

Öyleyse KLS'nin psikolojik veya psikiyatrik bir bozukluk değil de beyindeki işlevsel bir bozukluk olduğunu nereden biliyoruz? Daha önce birçok hastamda gözlediğim gibi, bir ergen olarak yaşamın kendisine getirdiği stres ve baskıdan kaçmak için çeşitli yolların ara-

yışına giren tembel bir gence gelip dayanıyor olabilir mi her şey?

KLS tanısını kanıtlayacak testler yoktur: ne MRI taramaları, ne kan testleri ne de lomber ponksiyon (beyin-omurilik sıvısının alınması işlemi). Eleme yoluyla konan bir tanıdır bu; yani önce diğer tüm olasılıkların ele alınması gerekir. KLS tanısı, "uzman"ın, kararını KLS yönünde vermesiyle konur demek pek yanlış olmaz. Hans Christian Andersen'in "İmparatorun Yeni Giysileri" hikâyesinde, aptal insanların göremediği sihirli bir giysiyle donanmış olduğuna inanan İmparator sokaklarda çıplak dolaşırken, aptal olduklarını ilan etmekten kendileri de çekinen tebası onu alkışlamaktadır. Peki KLS de "İmparatorun Yeni Giysileri" hikâyesinin bir başka örneği midir? "Uzman" ın KLS damgasını vurduğu vakanın herkes tarafından KLS olduğuna inanıldığı bir örnek?

Kendi klinik uygulamalarımda, diğer bütün olasılıkları elemek için epeyce çaba harcarım ve bütün hastalarım, alternatif bir tanının bertaraf edilmesi için psikiyatrik değerlendirmeden geçerler. Bipolar bozuklukla KLS arasında bazı benzerlikler yok değildir. Her ikisinde de hastalar mani durumu ve ona bağlı insomni ile, depresyon ve uzun uyku evresi arasında gidip gelirler. Ama Jamie'nin durumunda, psikiyatrideki meslektaşlarımla birlikte, KLS'yi bipolar bozukluktan ayırt etme becerisine sahip olduğumuzu umuyordum.

KLS izlenimi verebilecek başka bozukluklar arasında epilepsinin son derece sıradışı olan bazı formları, metabolizmayı etkileyen genetik bozukluklar ve KLS ile aynı ölçüde ender görülen Klüver-Bucy sendromu yer alır. Bu sendromda beynin her iki tarafındaki temporal lobların hasarlı olması yine aşırı yeme ve hiperseksüaliteyle sonuçlansa da, bunların yanında bellek kaybı (amnezi), görsel nesneleri tanımada güçlük ve durgunluk da görülür. Neden ise kimi zaman daha sıradandır, yasadışı maddelerin kullanımı gibi. Dolayısıyla bütün hastalarımın bir dizi kan testi ve beyin taramasından geçmesini sağlarım.

Ancak bu durumda bile, iş eninde sonunda elemeye dayalı tanıya ve belirti örüntüsünü tanımaya gelip dayanır. Aslında tıbbın kendisi büyük ölçüde örüntü tanımayla ilgilidir: Karşınızda aşırı terlerken bir yandan da kalbi hızla çarpan ve eliyle göğsünü kavramış kişinin, tıp-

kı ondan önce görmüş olduğunuz ve aynı belirtileri veren on hasta gibi kalp krizi geçirmekte olduğunu anlarsınız. KLS söz konusu olduğunda bu çok daha zordur. Örüntüyü tanımak, benzer durumdaki birkaç hastayı görmüş olmanızı gerektirir; ki bu da bir milyon kişiden belki de yalnızca birini etkileyen bir bozuklukta çok düşük bir olasılıktır. Dolayısıyla "uzmanlar" bile bu bozukluğu taşıyan pek de fazla hasta görmemiş olacaktır. Henüz taze bir hekimken, lupus ya da sarkoidoz (kendilerini sayısız farklı şekilde göstermeleri ve tanılarının oldukça zor olması nedeniyle tıp dizisi *House*'un senaristlerinin favorileri) gibi belirli bir hastalıkta uzmanlaşmış kıdemli meslektaşlarımı izlerdim. Sanki seçtikleri hastalıklarla aralarında kişisel bir ilişki kurmuş gibiydi bu kişiler; hastalığın kişiliğini, kusurlarını, huyunu bilirlerdi. Tanı sürecinin içerdiği bilim sanki onlar için bir tür sezgiye, bütün testler aksini gösterse de karşılarındaki hastalığın gerçekten de lupus olduğu yolundaki hisse dönüşmüştü. Şu âna kadar kırk civarında KLS hastası görmüş biri olarak, hastalıkla bu ölçüde yakınlık kurmuş olduğumu iddia edemem, ama hasta ya da ailesi tarafından kullanılan bazı anahtar sözcükler, ortak cümleler ya da belirtilere ilişkin ortak açıklamalar, KLS ile buna yakın bir ilişki düzeyini tutturmamı sağlıyor. Gördüğümde tanıdığımı umuyorum, ama bu her zaman kolay olmuyor. Bazı hastalar var ki, onları birkaç yıldır tanıyor olmama karşın KLS tanısını net bir şekilde koymaktan kaçınıyor ve onun yerine tedavi edilmesi daha kolay olabilecek alternatif bir tanı için de kapıyı açık bırakıyorum.

Bu durumda bile, tanısını koyduğum şey bir hastalık değil, sendrom; yani birçok özellik arasındaki bir ilişki, tanınabilir bir belirtiler örüntüsü. Birden fazla hasta arasında ortaklıklar olması, bu sendromda beyinsel işlev bozukluğunun biyolojik bir nedene bağlanabileceği anlamına gelmez. Ânında tanınabilen bir uyuşma, karıncalanma ya da felcin görüldüğü, ancak bunların altta yatan bir psikolojik temele oturduğu sayısız hasta gördüm. Bununla birlikte, KLS'li kişilerde beyin durumundaki değişimlere ilişkin bazı kanıtlar olduğu da bir gerçek.

EEG, yani elektriksel etkinliklerin analizi, hastaların çoğunluğunda atak sırasında ortaya çıkıp ataklar arasında kaybolan sıradışı bazı

özellikler gösterir. KLS'li kişilerde MRG ve tomografi taramaları normal sonuçlar verse de, radyoaktif maddeler ya da kanın dokuya dağılımını izleyen MRG taramaları aracılığıyla beyindeki kan akışını ya da beyin glukoz metabolizmasını ölçen taramalar, en tutarlı biçimde talamusta –ama başka beyin alanlarında da– ortaya çıkan etkinlik değişimlerine işaret eder.

Bu değişimler uykululuk ve davranış değişimi atakları arasında bile barizdir ve son kanıtlar, atak aralarında da kendini gösteren belli belirsiz bellek sorunlarının, beyin değişimlerine eşlik ettiğini gösterir. Bunun yanında, atak sırasında ve ataklar arasında alınan beyinomurilik sıvısı temelinde yapılan değerlendirmeler, narkolepside düşük oranlarda gözlenen hipokretin nörotransmiterinin, uykululuk evrelerinde de düşük düzeyde olduğunu göstermiştir. Bu sıradışı durumların salt psikolojik sorunlarla açıklanamayacağı ortadadır. Bunlar halihazırda tanısal testlere en yakın araçlar olsa da, rutin klinik uygulamalarda kullanılabilecek kadar incelikli değildir.

*

Daha kesin bir tanı Jamie ve ailesini epey rahatlatmıştı. Oriele'in anlattığına göre akıllarından geçen ilk düşünce, artık durumun ne olduğunu ve yaşamsal bir tehlike oluşturmadığını bildiklerine göre, yaşamlarına devam edip bir yandan da sorunla baş etmeye çalışacakları olmuştu. Jok da iyimserdi bu konuda. Ne de olsa Jamie birinci ve ikinci ataklar arasında bir yıl idare etmişti. Ancak başlangıçtaki bu iyimserlik, Jamie'nin ataklarının birkaç ayda bir tekrarlamasıyla, kısa süre sonra buharlaşıp gitti. Jok'un anlattığına göre:

> Baştaki dört veya beş atak, oldukça belirgin özellikli, onar günlük ataklardı ve o on gün içinde bariz bir örüntü izleniyordu. İlk iki veya üç gün çok derin uykuyla geçiyordu ve neredeyse hiç etkileşim yoktu. Sanki taş kesilmiş gibiydi. Bir bebek monitörü yerleştirdik odaya, çünkü ne kalkıyor ne de odasından çıkıyordu. Sadece yemek için uyanıyor ve oldukça buyurgan oluyordu. Tek söylediği "Yemek!" ve "Hemen!" idi.

Bu buyrukların arasına küfürler de karışıyordu sıklıkla. İstediği şeyler arasında tavuk, makarna, bazen de soğuk et olmakla birlikte, asıl

can attığı şey, lezzetli bir bitter çikolata katmanıyla kaplı bir tür Alman kurabiyesiydi. "Yukarıya iki kurabiye götürsem, üçüncüyü de istiyordu. Bazen sadece iki tane veriyordum ve o da razı geliyordu. Ama bazen aşağıya iniyor ve kurabiye paketlerini bulmak umuduyla mutfak dolaplarını didik didik ediyordu. Onları saklamak için çok yaratıcı yollar bulmak zorundaydık; ama bir kez bulursa da, bütün paketi mideye indiriyordu."

Jamie bariz bir uyuşuklukla geçen bu ilk birkaç günden sonra biraz açılıyor ve kıpırdanmaya başlıyor, yatak odasındaki hoparlörden müzik dinliyordu. Ancak davranışları yine normal olmaktan çok uzaktı. Babasının anlattığına göre bir anda çileden çıkıp, kimi zaman kapatmak amacıyla hoparlörü odanın diğer köşesine fırlatıveriyordu. Oriele Jamie'nin, tıpkı içeride yattığı günleri işaretleyen bir Alcatraz mahkûmu gibi, atak günlerini yatak odasının duvarına işaretlemek için çikolatalı kurabiyelerden yararlandığını hatırlıyordu. Yatağın üzerine karşılık gelen duvarda izler hâlâ barizdi. Son derece tuhaf davranışları kapsayan başka örnekleri de Jamie aktardı. Jamie bunlardan ne kadarını doğrudan hatırlıyordu, emin değilim. Anlattıklarının kaynağı, anne ve babasının tekrarlı anlatımlarıyla aile hikâyesine kazınmış örnekler de olabilirdi.

Bir keresinde annesi biraz yiyecekle odasına girmiş ve ışığı yakmıştı. "Bunun üzerine 'Koduğumun ışığını kapatsana salak kadın,' dedim ona. 'Jamie, hiç de hoş değil söylediklerin!' diye cevap verdi. Ben de dedim ki, 'Koduğumun ışığını kapat lütfen!' Belli ki beynimde bir şeyler 'lütfen' demenin daha nazik bir davranış olacağı gibi bir bağlantı kurmuştu, ama gayet çocukçaydı yaptıklarım."

Bir başka seferinde Jamie yatakta dönüp dururken yastığının dolgu malzemesi kısmen ortalığa saçılmış, annesi içeri girip yerin neden yastık malzemesiyle kaplı olduğunu sormuştu. "Dimdik doğruldum ve 'Kuştüyü sıçmakla meşguldüm!' dedim ona." Bu noktada kıkırdadı. "Şimdi geriye bakıp gülebiliyoruz tabii, çünkü çok tuhaf ve komikti."

Ama hiç de komik olmayan bir şey varsa, o da bu durumun eğitimine olan etkisiydi. Tanıdan sonraki yıl içinde ataklar neredeyse ayda bir tekrarlamaya başlamıştı. "Devamsızlığım yüzde 40'a çık-

mıştı. Bir anlamda şanslı sayılırdım, çünkü atakların epeyce bir bölümü tatil günlerine karşılık geldiği için çok da fazla ders kaçırmadım." Çok da fazla ders kaçırmamak buysa, Jamie'nin gözünde çok fazla ders kaçırmanın ne olabileceğini düşününce irkilmedim değil. Bununla birlikte, uzun süreli devamsızlıklarına rağmen sınavlarda şaşırtıcı ölçüde iyi sonuçlar alıyordu.

"Sekiz tane yıldızlı A, bir A ve bir de B aldım," dedi gururunu bastırmaya çalışarak. Pek de başarılı sayılamayacağını söyledim şakayla. "Çok, ama çok mutluydum," dedi yüzü ışıldayarak. "Okul, sonuçları aldığım sırada çekilen fotoğrafımı bile yayımladı. Yüzümdeki şok ifadesi, notlarım karşısında duyduğum sevinç vardı fotoğrafta. Bana her şeyin yolunda olduğunu hatırlattı. Ve sınavlarda uyanık olduğum için ne kadar şanslı sayıldığımı." Jamie'ye, sınavlarındaki başarıyı hastalığına rağmen yakalamış olmasından dolayı bir ödül daha verilmişti. Bu noktada Jok girdi söze: "Ama tabii ödülü almaya gidemedin. O sırada uyuyordun."

Durumunun aşk hayatına olan etkisi de önemsiz sayılmazdı. Aslına bakılırsa kendi ailesiyle Megan'ın ailesi arasındaki ilk görüşmeye vesile olan şey de KLS'ydi. Anlatma sırası Megan'a gelmişti.

"Çok uzun süredir birlikte değildik, ama böyle bir sorunu olduğunu az çok biliyordum. Sinemaya gitmiştik. Bana çok kaba davrandığını hatırlıyorum. *Pek de nazik bir insan sayılmaz. Galiba ondan artık hoşlanmıyorum* diye düşünmüştüm," dedi Megan gülerek. Film başlarken Jamie'nin uyuyakaldığını görmüş, bu da kabalığı konusundaki fikrini güçlendirmişti.

Dışarı çıktığımızda öylesine yürümeye başladı. Nereye yürüdüğünü bilmiyordum. Londra'ya da fazla aşina değildim. Neredeyse dönüp gidecektim. Ama sonra düşünmeye başladım: *Bu bir atak olabilir mi? Onun yapacağı bir şey değil bu.* Elimden telefonumu almıştı, bu yüzden kimseyi arayıp onun iyi olmadığını söyleyemezdim. Oralardaki bir kadın ayıplar gibi baktı bize, çünkü kolunu omuzuma atmış ve onu ayakta tutmaya çalışıyordum. Görüntüsü, uyuşturucu aldığı izlenimini veriyordu.

Ufak tefek bir kız olan Megan, artık tam bir atak evresine girmiş Jamie'yi eve götürmek zorundaydı. "Jamie iri yapılı. Oldukça zor bir işti bu benim için." Jamie gerçekten de iri yapılıydı; on yedi yaşın-

dayken bile ağırlığı tahminen seksen kiloya yaklaşıyordu. Sonunda Megan onu bir otobüse bindirmeyi ve telefonunu da elinden almayı başarmıştı. Ama Jamie, o durumda bile Megan'ın ailesini aramasını kabul etmemiş, Megan da çaresizlikle kendi ailesini aramıştı. Anne ve babası, Jok ve Oriele ile ilk kez o zaman konuşmuştu. "Ailelerimizin birbiriyle yaptığı ilk görüşme! Ve konu da geçirdiğim atak!" diyerek huzursuzca güldü Jamie.

Jok'un hatırladığına göre, kendisi eve vardığında Megan ve Jamie oradaydı zaten. Jamie derin uykudayken Megan da kanepede oturmuş, ağlamaktaydı. "Biz artık olan bitene aşinaydık, ne olduğunu az buçuk biliyorduk. Buna hiç tanıklık etmemiş olan Megan içinse elbette çok daha üzücüydü olanlar. Ama Jamie uyurken onunla güzel bir sohbete giriştik. O âna kadar Megan'ı doğru dürüst tanımamıştık." Ancak gitmeden önce Megan, Jamie'ye hoşçakal demek için yukarı çıkmıştı. "Ben ona hoşçakal dedim, o ise doğrulup 'defol git' dedi bana."

Megan'ın metaneti karşısında hayretler içinde kalmıştım. Çoğu ergenin bu noktada tabanları yağlayacağını tahmin ediyorum. Ama bir yıl sonra bile onlar hâlâ beraberdi ve sağlam bir ilişkileri vardı. Jamie'deki KLS ile gelen güçlüklerle başa çıkmaya çalışmak, ilişkilerinin, başka koşullarda olacağından çok daha hızlı olgunlaştığı anlamına geliyor olmalıydı.

Jamie'deki belirtiler zaman içinde biraz değişim gösterdi. Hayatının dönüm noktası olan o kayak gezisinden üç yıl sonra, atakları sırasındaki derin uyku halinin gücü azalmış durumdaydı. KLS için tipik olan o rüyavari durumu, çevresindeki dünyayla arasındaki kopuşu anlatırken, "Gerçeklikten tümüyle uzaklaşmış hissediyorum kendimi," diyordu. "Televizyonun önünde oturup duruyorum. Atak geçirdiğim sırada aklımı başımda tutmamın en iyi yolu, daha önce izlediğim filmleri ya da ne olacağını öngörebileceğim televizyon programlarını izlemek oluyor. Yarışma programları gibi. Düşünüp taşınıp soruyu kafamda yanıtladıktan sonra, bulduğum yanıt ekranda da belirirse bu bana güven veriyor. Yere sağlam basmamı, dışımdaki dünyayla bağlantılı kalmamı sağlıyor."

Okuldaki sınavlardan sonra Jamie altı veya yedi ayı atak geçirmeden atlatmıştı.

Kafamın içinde bir ses, atağın geri gelip beni vuracağını söylüyordu hep. Ve 2017 Ekiminde geldi de. Son birkaç ay biraz çetrefilli geçti benim için. Yarı-sezonu bir hafta oynayıp bir hafta oynamayarak geçirdim, ki benim için gerçekten zordu bu; çünkü ragbi oynamaya, fit kalmaya çalışmak sorundu. Atak sırasında epeyce kilo alıyordum. Dahası okulda da geri kalmamam gerekiyordu. Bir hafta derslere yetişir gibi oluyor, sonra yine geri kalıyordum.

Devam eden ataklar, Jamie'yi neden başarıyla tedavi edememiş olduğum sorusunu ister istemez gündeme getiriyordu. Bunun kısa yanıtı, KLS için başarılı tedavi diye bir şeyin, en azından tutarlı biçimde işe yarayan bir çözümün olmayışıdır. Bunun için birçok ilaç denenmiştir: atak sırasında kullanılabilecek uyarıcı ilaçların yanı sıra, atakların sıklığı ve şiddetini azaltmak üzere sürekli kullanılabilecek, çoğu da epilepsi ilacı olan bir dizi farmakolojik etken. Ama kesin olan bir şey varsa, o da hiçbir ilacın istenen düzeyde etki etmediğidir. Ayrıca KLS'nin doğasından dolayı, herhangi bir tedavinin işe yaradığını açık bir şekilde kanıtlamak da sorunlu bir süreçtir. KLS atakları belirli ve düzenli bir kalıba bağlı olmaksızın bir görünüp bir kaybolduğundan, hastanın belirli bir tedaviye cevap verip vermediğini bilmek (etkiler çok çarpıcı olmadığı sürece) zordur. KLS sıklıkla kendiliğinden iyiye gidip –eğer şanslıysanız– 10 ila 15 yıl arasında söndüğü için, görülen bir iyileşme tedavinin etkisinden çok, bozukluğun kendi doğasından kaynaklanıyor olabilir.

Herhangi bir ilacın etkililiğini belirlemenin tek yolu, hastaların tedavilerden biri ya da diğerine rasgele biçimde alındığı ve grupların böylece karşılaştırılabildiği bir randomize kontrollü deney yapmaktır. Ancak bunun için de hasta gruplarının yeterince büyük olması gerekir. KLS'nin çok ender olarak (belki de popülasyonun milyonda biri sıklıkla; yani Birleşik Krallık'ta 70, ABD'de 300 kişide) ortaya çıkması, herhangi bir deney için yeterli sayıda hasta bulmanın neredeyse imkânsız olduğu anlamına gelir. Dolayısıyla, bir veya iki kişide etkili olduğu izlenimini veren ilaçlara dair bazı vakalar bildirilmişse de, bunlar kesinlik kazanmamıştır.

Bu konuda en güçlü kanıtların elde edildiği iki tedavi vardır. Önleyici nitelikteki birincisi, bipolar bozuklukta daha yaygın kullanı-

lan lityuma dayanır. Yapılan sistematik bir değerlendirme lityumun kimi yararları olduğunu gösterse de, bazıları yaşamı tehdit eder nitelikte olan birkaç yan etkisi de vardır. Bu nedenle belirlenen dozun toksik (zehirleyici) düzeylere varmasını önleyecek ve çok düzenli aralıklarla tekrar edilecek kan testlerine gerek duyulur. Bu tedavinin Jamie'ye pek de cazip gelmemiş olmasına şaşmamak gerek, zira şöyle diyordu:

KLS'nin dışında, hayatımı hep mümkün olduğunca normal biçimde yaşamak istemişimdir. Dolayısıyla bu tedavi ve ayrıca kontrol için hastaneye neredeyse haftada bir düzenli olarak gitme fikri bana çekici gelmiyor. Tümüyle kanıtlanmış, nihai bir tedavi değil bu. Günlük yaşamımı aksatmak istemiyorum çünkü fırsatını bulduğumda tadını çıkarabiliyorum. Bir atak sırasında belki üç, belki beş, belki altı gün kaybediyorum ama bir kez geri dönünce de hayatımı yaşamak istiyorum sadece. Okula olabildiğince hızlı dönüyorum; geri kaldığım derslerime yetişmeye, ragbi oynamaya, bütün arkadaşlarımla, kız arkadaşımla yeniden buluşmaya, kısacası hayatımı yaşamaya çalışıyorum.

Bazı kişilerde işe yaradığı bildirilmiş olan diğer tedavinin hedefi ise hastaları çok uzun süreli ataklardan kurtarmaktır ve bunun için onlara damar içinden yüksek dozlarla steroidler verilir. Ancak yan etkileri de bulunan bu tedavi, Jamie'nin atak süreleri göz önüne alındığında, onun için uygun değildi. Bu nedenle Jamie herhangi bir tedavi almadı. Durumunu anlamak, okulla ilişki içinde kalarak öğretmenleri ve arkadaşlarını sendrom hakkında bilgilendirmek, modern tıbbın yapıp yapabileceği tek şeydi.

*

Sonuç olarak bir hastalıkla değil, sendromla karşı karşıyayız; elimizde ne bariz bir tanısal test, ne de bariz bir tedavi seçeneği var. Çevresinde dolanıp durduğum nihai mesele ise, nedenin ne olabileceği. Ne olup bittiğine dair herhangi bir ipucu var mı elimizde?

İşin gerçeği, var ama çok az. Daha önce de söylediğim gibi, KLS görünüşe göre Aşkenaz Yahudilerinde diğer popülasyonlara göre daha yaygındır ve bu da genetik etkenlerin de rol oynuyor olması ihti-

malini gündeme getirir. Hatta bu bozukluğun, ailenin birden fazla üyesinde ortaya çıktığı bazı vakalar da bildirilmiştir, ki bu da kesinlikle genetik bir yatkınlığa işaret eder (bütünüyle doğrulamasa da).

Peki ya KLS'de devreye giren beyin bölgesi? Bu bile belirsizdir. Narkolepsi benzeri birçok uyku bozukluğunda olduğu gibi, burada da gözler yine hipotalamusa çevrilmiş olsa da, KLS'li çoğu hastada hipotalamusta sıradışı bir durumun varlığına ilişkin kanıtlar çok azdır. Taş kokain kullanımına bağlı inmenin talamusu etkileyerek uykululuk, hipersektüalite ve saldırgan tavırlara neden olduğu az sayıda hasta bildirilmiştir. Bu durum, KLS atakları sırasında bu bölgede ortaya çıkan sıradışı etkinliklerin sergilendiği araştırma amaçlı taramalarla açık ki uyuşacaktır. KLS hastalarının beyinleri üzerinde yapılan ölüm sonrası çalışmalar, KLS'nin ölümcül bir hastalık olmamasından dolayı azdır. Ancak, KLS benzeri bir bozukluktan dolayı hayatını kaybeden ve beyinleri üzerinde ayrıntısıyla çalışılan dört hasta bildirilmiş, bunlardan üçünde talamus ve hipotalamusta yangı varlığına ilişkin kanıtlar ortaya çıkmıştır. Bununla birlikte vurgulamak gerekir ki, bu hastalar "tipik" KLS'yi temsil etmiyor olabilirler. Ancak yine de bozukluğun altında yatan etkenin, bağışıklıkla ilgili veya yangısal bir süreç olabileceği ihtimalini gündeme getirirler.

Bağışıklık sisteminin kendisine saldırmasından kaynaklandığı düşünülen diğer nörolojik bozukluklarda olduğu gibi (örn. narkolepsi), birçok hasta ya da aileleri, KLS başlangıcından önce geçirilmiş viral bir enfeksiyondan söz ederler. Ancak geriye dönük olarak verilen bu bilgi karşısında temkinli olmak gerekir. Son birkaç hafta içinde öksürüp öksürmediğini ya da soğuk algınlığı geçirip geçirmediğini kime sorarsanız sorun, cevap "evet" olacaktır; hele kış aylarını Londra'da geçiriyor ve toplu taşımadan yararlanıyorsa! Ancak KLS'nin erken yaşlarda başlıyor olması ve aralıklı doğası (bir başka otoimmün nörolojik bozukluk olan multipl sklerozu andırır bu açıdan) bazı araştırmacılara göre, nedenin bağışıklık sistemindeki aksaklıklar olduğunu ima etmektedir. Görünüşe göre, viral enfeksiyonlar gerçekten de atakları tetikleyebilir. Yakın geçmişte yapılan çalışmalar, atakların kış ve ilkbaharda daha yaygın olduğunu göstermiştir ve bu da üst solunum yolu enfeksiyonlarının görülme sıklığıyla uyumludur.

Bana kalırsa, nedenlerden biri biz nörologların "kanalopati" dediği durum olabilir. Sinir sisteminin temel işlevsel birimini oluşturan sinir hücreleri yani nöronlar, dış zarları boyunca karmaşık bir pompa ve kanallar sisteminden yararlanırlar. Tuvaletlerdeki rezervuarları düşünün. Su, basınç altında rezervuarın içine yavaşça pompalanır. Sifona bastığınızda bir kapakçık açılır ve su sel gibi akarak klozetin içini doldurur. Hücreler de benzer biçimde nöronun içi ile dışı arasında, elektrik yükü taşıyan tuzlar yani iyonlar aracılığıyla yük farklılıkları oluşturabilir. Rezervuarı dolduran su pompası gibi, moleküler pompalar da iyonların hücre zarının bir tarafından diğerine hareketlerini sağlamak için enerjiden yararlanır. Fakat elektrik uyarıları nöronlar boyunca iletilirken, sifona basılmış olur. Hücre zarı içindeki kapılar açılarak, suyun klozet içine akmasına benzer şekilde, iyonların zar içinden sel gibi akmalarını sağlar. Bu iyonlar elektrik yükü taşıdıkları için de, hücre zarı boyunca ani bir yük değişimi ortaya çıkar. İyon akışı, sadece sinir sisteminin değil, kalp ve iskelet kasının çalışma temelini oluşturan uyarıların da altında yatan etkendir. Dolayısıyla, iyon kanalları olarak da bilinen bu moleküler kapılar biyolojimiz; düşünme, hareket ve özünde yaşama becerimiz için temel önem taşır. Ancak hiç de basit oluşumlar değildir bunlar.

Karmaşık yapıdaki bu iyon kanalları, birçok gen tarafından kodlanan birçok altbirimden oluşur. Bunlardan bir kısmı, yakınlarındaki elektriksel deşarjların etkisiyle açılmaya teşvik edilirken, bir kısmının açılması da nörotransmiter gibi kimyasalların bağlanmasıyla tetiklenir. Karmaşıklık bununla kalmaz üstelik; çünkü kanalların bileşimi de yaşamımız süresince değişir. Farklı altbirimler genlerimiz tarafından farklı yaşlarda üretildiğinden, bizler bebeklikten çocukluğa, çocukluktan ergenliğe ve sonra da ileri yaşlara yol alırken bazı iyon kanallarının özellikleri değişebilir. Bu durum, iyon kanallarındaki sorunlarla ilişkili olan bazı nörolojik bozuklukların neden yaşamlarımızın belirli dönemlerinde başlayıp, yaş aldıkça da kaybolduğunu açıklıyor olabilir.

Yaygın ya da ender birçok nörolojik bozuklukla ilgili anlayışımız, genetik ve moleküler tekniklerin son birkaç onyıldır gösterdiği ilerleme sonucunda tamamen değişmiştir. Polikliniklerde ya da acil ser-

viste rutin olarak gördüğümüz migren ya da epilepsi gibi birçok bozukluğun, özünde bu iyon kanallarındaki sorunlardan kaynaklandığını artık biliyoruz. (Epilepside devreye giren bir grup iyon kanalının genetiği, doktora tezimin odak noktasını oluşturuyordu bu arada.) Bu bozukluklar, yani kanalopatiler kimi zaman kanal altbirimlerini kodlayan genlerdeki mutasyonlardan kaynaklanır. Epilepsinin ailesel formları, migren, ya da hastaların birkaç dakikadan birkaç güne kadar sürebilen dengesizlik ve koordinasyon atakları yaşadığı epizodik ataksi gibi daha sıradışı bozukluklar bunlardandır. Kanalopatilerin kökeni kimi zaman da kanallara yönlenmiş antikorlardır; ancak bunlarda ataklar ya da aralıklarla ortaya çıkma eğilimi çok da fazla değildir.

Sonuç olarak KLS, genetik kökenli kanalopatinin birden fazla özelliğine sahiptir. Epilepsi, migren ya da bu tür başka bir bozukluğun birçok formu gibi ergenlikte ortaya çıkar; aralıklıdır; genellikle yorgunluk, stres, alkol veya hastalıkla tetiklenir. KLS'de işe yaradığı bildirilen lityum ve epilepsi ilaçlarının birçoğu, etkilerini bu iyon kanalları üzerinde gösterir. Halihazırda, KLS'nin temelinde yatıyor olabilecek genetik mutasyonları bulmaya çalışan birkaç grup var, ben ve meslektaşlarım da dahil. Hastalarımın önemli bölümü, genetik kodlarının tamamının saptanması amacıyla tam genom dizilimlerinin ortaya çıkarılması için gönüllü olmuşsa da, yaptığımız aslında samanlıkta iğne aramak gibi; üç milyar harflik bir dizi içinde tek bir anormallik bulmaya çalışıyoruz çünkü. Üstelik KLS hastalarının her biri için farklı bir değişimle karşı karşıya olabilir ya da genomun birden fazla alanında birden fazla değişim bulmak durumunda da kalabiliriz.

Bu konuda önde gelen araştırma gruplarından biri –Stanford Üniversitesi'nden Emmanuel Mignot (narkolepsinin nedenini tespit eden kişi) liderliğinde çalışan ekip– umut verici bir gelişmeye imza attı. Ekip, bipolar bozuklukta devreye girdiği düşünülen gene yakın bir genom bölgesinde bir işaret yakaladı, ki bipolar bozukluk da iyon kanalı işlevlerindeki anormallikle ilişkilendirilir ve KLS ile ortak özellikleri vardır. Bunun yanında, lomber ponksiyonla elde edilmiş omurilik sıvısının içeriği üzerine yapılan çalışmalar da, beyinde gerçek-

ten de yangı olabileceğine dair bazı belli belirsiz kanıtlar ortaya koydu. Bu sonuç, depresyon ve başka psikiyatrik bozuklukların beyin yangısından kaynaklanıyor olabileceği yolundaki yeni kuramlarla bağdaşsa da, KLS'nin karmaşıklığı ve seyrekliği işleri fazlasıyla zorlaştırır.

Mesele daha çapraşık hale gelemez derken beliriveren bir başka sorun da, KLS'nin birden fazla bozukluğu içeriyor olma ihtimalidir. Atakların şiddet ve süresi çok geniş bir yelpaze oluşturduğundan, benim görüşüme göre KLS tanısı koyduğumuzda kimi zaman yanılırız. Meslektaşlarımla birlikte, atak süresi kısa olan (iki gün veya biraz daha fazla) bazı hastalar gördük. Bu süre, aylar sürebilen ataklardan şikâyet eden bazı KLS hastalarıyla tam bir tezat oluşturur. Atak süresi çok kısa olan bu hastalar tanı ölçütlerine göre KLS tanımına girseler de, dikkatli değerlendirmeler ve hasta hikâyesinin büyük titizlikle alınması sonucunda bazılarında farklı bir açıklamaya işaret eden özellikler çıkar.

Ataktan önce kendini gösteren şiddetli baş ağrısı, şiddetli bulantı ya da dengesizlik, yüzde başlayıp kola yayılan karıncalanma – bunların hepsi migrenin özellikleridir.

Çoğu kişi için migrenin anlamı, şiddetli baş ağrısından öteye gitmez. Migren geçiren birçok kişi vardır ve hiç de keyifli bir deneyim değildir bu. Benim migrenlerim, muayene odamda oturduğum ve bekleme odasının hastalarla dolup taştığı zamanları tercih eder gibidir. Birdenbire görme alanımın dış çeperlerinde bir titreşimin, küçük bir ışık parlaması veya ışık hareketinin varlığını fark etmeye başlarım. Güneşli bir günde asfalt üzerinde ortaya çıkan ısı kaynaklı bulanıklaşmayla karşılaştırılabilecek bu etki, birkaç dakika içinde yayılarak daha merkezî bir konuma hareket eder. Otuz dakikadan uzun süredir bekleyen hasta isimleriyle yanıp sönen bilgisayar ekranıma bakarken yazılara odaklanmakta güçlük çekerim. Şansım yaver giderse, meslektaşlarımdan biri hemen yanıbaşımdaki migren kliniğinde çalışmaktadır o sırada. Benden daha düzenli olan bu meslektaşım, kendi migren ilaçlarını genellikle yanında bulundurur. Ondan bir-iki tane ibuprofen tableti kapıp yuttuktan kısa süre sonra görüşüm eski haline gelir. Artık sadece belli belirsiz bir ağırlık kalmıştır başımda.

Gözlerinin önünde yavaşça ilerleyen ve kimi zaman parıltılar, kimi zaman zikzak çizgiler, kimi taman titreşimler halinde ortaya çıkan görsel etkileri, migreni olan benim gibi birçok başka kişi de deneyimler. Dolayısıyla migren sadece baş ağrısı değildir ve birçok kişi sinir sisteminde belirli ölçüde işlev bozuklukları da yaşar. Görsel aura olarak bilinen bu etkiler konusunda, beynin arkasında görmenin işlendiği oksipital bölgedeki korteksin üzerinden bir sıradışı etkinlik dalgasının yavaşça ilerlediğini biliyoruz. Ancak auralar sadece görsel olmayıp, başka nörolojik işlevleri de içerebilir.

Auranın temsil ettiği işlev bozukluğunun sözel veya duyusal alanlarda yayılmasıyla migren hastaları sıklıkla sözcük bulmada güçlük yaşar ya da yüz veya uzuvlarında karıncalanma hissederler. Nörologlar olarak pek çoğumuz, durumu acil görünen bir inme hastasına yetişmek için acil servise koşup, hastanın sergilediği güç kaybı örüntüsünün aslında hemiplejik migrenle tutarlı olduğunu keşfetmişizdir. İşlev bozukluğu burada beynin hareketle ilgili bölgesini etkisi altına almıştır. Geriye dönüp bakılınca yalnızca migren atağı geçirmekte olduğu anlaşılan hastalara pıhtı çözücü ilaçlar verdiğini itiraf eden birkaç nörolog bile çıkar bakarsınız! Bunun yanında, migreni olan bazı kişilerde aura, beyin sapıyla ilişkili belirtilerden oluşur: baş dönmesi, dengesizlik, koordinasyon bozukluğu gibi. Ancak bildiğimiz üzere, beyin sapı uykunun düzenlenmesi ve bilincin korunması açısından da temel önem taşır. Çok aşırı durumlarda, migren atağı sırasında komaya giren kişiler de bildirilmiştir.

Sonuç olarak, migren bazı insanların düşündüğü gibi baş ağrısından ibaret bir sorun değildir ve gördüğüm bazı hastaların, geleneksel KLS'den çok, migrenin sıradışı bir türünü yaşamakta olduklarını ima eden güçlü bazı işaretler yakalamışımdır. Bu kişilerden bazılarında, bir migren ilacıyla yapılan basit bir tedavi bile şaşırtıcı sonuçlar vermiştir. Buna bağlı olarak benim yaklaşımım, en azından KLS tedavisinin çetrefilli olduğu bilgisinden hareketle, her zaman alternatif bir açıklama bulmaya çalışmak olmuştur. Çünkü bunlardan bazılarının tedavisi çok daha dolaysızdır.

*

Jamie'nin tanısından sonra bütün aile, Birleşik Krallık'ta KLS hastaları ve ailelerini desteklemek için kurulmuş ana hayır kuruluşunun çalışmalarında aktif biçimde rol aldılar. Jok kolları sıvayarak kuruluşun yönetiminde görev aldı ve bunun yanında Kleine-Levin sendromunun tanıtımı için çeşitli projelerin organizasyonuna yardımcı oldu. Elbette KLS'li kişiler, sendromun kavranmasına ve tedavisine katkıda bulunacak araştırmalara destek olmak için son derece heveslilerdi. Fakat nihayetinde küçük bir kuruluş bu; kayda değer bir mali desteğe sahip değil ve önceliğini oluşturan şey de insanların mümkün olduğunca hızlı biçimde tanı almasını sağlamak. Bu destek grubu içinde yer alan neredeyse bütün hastalarım ve onların yanında başkaları da, KLS tanısını alana kadar uzun süre beklemek zorunda kaldılar; aileleri ise, çocuklarını yaşamlarının hassas ve biçimlendirici bir döneminde desteklemek için sıklıkla fiziksel ve psikolojik bir mücadele vermek zorunda kaldılar. Anne ve babaların neredeyse istisnasız olarak söylediklerine bakılırsa, çocuklarında belirtilerin başladığı dönemde onlar için en paha biçilmez şey, çocuklarına ne olduğunu bilmek ve aynı işkenceden geçmiş ya da geçmekte olan ailelerle konuşmak olmuş.

Çocuk hastalıkları uzmanı meslektaşlarımdan biriyle birlikte, bu kuruluşa tıp danışmanları olarak hizmet vermekteyim ve yıllık toplantılarından bir kısmına katıldım. Orada son araştırmalar –ya da araştırma eksikliği– üzerine konuşurken, bozukluğun kapsadığı çeşitlilik karşısında hayrete düşmüştüm. Hastalardan bir kısmının atakları yılda bir, belki de daha seyrek olarak ortaya çıkıyordu. Bazıları birkaç yılı, bazıları on yıl ya da daha uzun süreyi ataksız geçirmiş, sonra durup dururken yeniden yaşamıştı aynı şeyi. Atakların her ay, belki de daha sık ortaya çıktığı kişiler de vardı. Bunlardan bir kısmının yaşamı doğrudan KLS tarafından belirlenmekteydi. Bu kişiler ne işlerini, ne ilişkilerini, ne sosyal yaşamlarını ne de eğitimlerini sürdürebiliyorlardı. KLS tanımlıyordu artık onları. Ailelerinin yaşamını da ele geçiriyordu KLS. Atakların öngörülemezliği ve izleyen aşırı kırılganlık hali yüzünden aileler hep iğne üstündeydi. Âciz durum-

daki çocuklarına bakmak üzere eve koşmaları, okuldan, arkadaşlarından ya da çocuklarının işyerinden gelecek bir sonraki telefona bakıyordu.

KLS'nin şiddet bakımından sergilediği yelpazeye bakarsak, Jamie ortalarda bir yere konumlanmıştı. Hastalarımın arasında en kötü durumda olan değildi belki, ama en iyi durumda olan da değildi. Bununla birlikte beni hayretler içinde bırakan şey, Jamie'nin KLS tarafından tanımlanmaya gösterdiği dirençti. Bunu kısmen çevresindeki inanılmaz destek ağına borçluydu. Ebeveyni Jok ve Oriele onun hep yanında olmakla birlikte, Jamie'nin, KLS'si olmasaydı yaşayacağı hayatı sürdürmesine destek olmaya odaklanmış pratik insanlardı. Kız arkadaşı Megan ise hiç kuşkusuz bir kaya kadar güçlüydü. On yedi yaşındayken KLS ile yaşayan bir partnerle ve bunun getirdiği her şeyle baş etme olgunluğuna sahip pek fazla genç kız çıkacağını doğrusu pek sanmıyorum. Ailesi ve Megan hakkında şöyle diyordu Jamie: "Hem ailem hem de Megan kabullenici bir tavır içine girdiler: 'Yine bir atak yaşıyor ve normalde yapmayacağı şeyler yapıp, söylemek istemeyeceği şeyler söylüyor,' gibilerinden. Bu tür şeylere tanıklık etmenin ve ne kadar uğraşırlarsa uğraşsınlar yapabilecekleri pek de bir şey olmadığını bilmenin onlar için ne kadar zor olduğunu hayal bile edemiyorum. Sonuçta, oturup geçmesini beklemekten başka yapacakları bir şey yok." Jamie'nin, kendisini kollayan yakın bir arkadaş grubu da vardı bu arada.

Ancak Jamie'yi ne zaman görsem, bana en bariz görünen şey sağlam karakteri, esneklik ve direnci, yaşamını doğal bir biçimde sürdürme arzusuydu. Şöyle diyordu: "Bir parçam olduğunu hissediyorum hissetmesine, ama geçici olduğu ve bir görünüp bir kaybolduğu için bununla herhangi bir kişisel ilişkim varmış gibi gelmiyor. Sadece orada, öylesine duran bir şey benim için. Ama onu zihnimin gerisine itiyor ve unutup gidiyorum. Üzerinde bile düşünmediğim günler oluyor."

Günün birinde gelecek bir KLS atağının, sonuncusu olacağı umuduyla yaşıyordu Jamie. "Umuyorum ki bir gün geçecek. Bu teselli güç veriyor bana, çünkü umuyorum bir gün geriye dönüp bakacak ve diyeceğim ki: 'Gördün mü bak, KLS'ye rağmen neler neler yaptın!'"

Jamie ve ailesiyle masa çevresinde otururken, Jamie'nin daha birçok şey başaracağından hiç kuşkum yoktu.

Oriele ve Jok'a baktım ve kendi kendime dedim ki: Jamie benim oğlum olsaydı, onunla gurur duyardım.

13
Başlangıç

CHRISTIAN'I ÇOK SEVERİM. Adını günlük hasta listesinde gördüğümde sevinirim. Beni hep güldürür. Gelen birçok kişi uyku sorunlarından dolayı güçsüz düşmüş ve bununla ilgili psikolojik ve toplumsal sorunlar yaşıyor olduğundan, çalıştığım uyku klinikleri kimi zaman duygusal açıdan yorucu olabiliyor. Christian ise taze bir nefes gibi gelir bana.

Ama yanlış bir fikre kapılmayın lütfen. Christian şiddetli narkolepsi ve kataplekside muzdarip. O derecede ki, işini elinde tutamadığı gibi normal bir yaşam sürmekte de zorlanıyor. Ama onda bir şeyler var: biraz sıradışı, hatta bazen gerçeküstü denebilecek bir dünya görüşünün yanı sıra, dinlemesi büyük keyif veren harikulade bir üslup. İlk görüşmemizde, rahat giysisi, özenle düzeltilmiş sakalları ve kısa kesilmiş saçlarıyla muayene odamdaki koltuğa yaslanıp, narkolepsi deneyimlerini çok az rastladığım bir kavrayış, mizah anlayışı ve çözümleme becerisiyle anlatmıştı bana.

Bu zeki ve belagatli insan, onlu yaşlarından beri narkolepsiyle yaşıyordu. Edindiğim izlenime göre benimle narkolepsisi üzerinde konuşmayı seviyordu, çünkü çevresindeki hiç kimsenin, yaşamının bu yönünü anlamadığını düşünüyordu. "Elbette çok yakın arkadaşlarım dışında, oturup bu deneyimlerden konuşabildiğim çok az insandan birisiniz," dedi bana. "Üstelik delinin tekiymişim gibi bakmıyorsunuz da bana." Güldüm. "Demek istediğim, deli olduğumu *düşünüyor* olabilirsiniz, ama öyle bakmıyorsunuz işte!"

Christian, kendisinde onlu yaşlarındayken başlayan narkolepsinin neredeyse bütün özelliklerini deneyimlemekteydi, ama bu bo-

zuklukla yaşayan birçok kişide olduğu gibi, ona da ancak yıllar sonra, otuz iki yaşındayken tanı konmuştu. Şimdi kırk yaşındaydı ve bu sorunu yaşayan herkesin başına bela olan derin uykululuk, onu da etkilemekteydi. Onun için en büyük sorun da buydu, çünkü bir işte çalışmasına engel oluyordu. "White Hart Lane stadyumunda Spurs-Man City maçını izlerken uyuyakalmışlığım var. Epeyce tuhaf bakışların hedefi olmuştum," diye anlattı bana. "Stadyum tıklım tıklım doluydu. 30-40 bin kişiden söz ediyorum. Bağırmalar, şarkılar, haykırışlar... Hiç de sessiz sayılmazdı ortalık." Çok da büyük bir futbol hayranı olduğumu söyleyemem ve bir maçta uyuyakalmayı kafama takacağımı sanmıyorum. Asıl endişe veren, Christian'ın kendini uyur bulduğu başka bazı durumlardı.

Önceleri, tıbbi cihazlar yapan bir firma için çalışmıştı. Forklift kullanarak büyük konteynerleri nakliye kamyonuna yüklemek işinin bir parçasıydı. Dediğine göre aracı genellikle yolun dışına, meslektaşlarının gözlerinden uzak yerlere park ediyordu. "Dinlenmek için başımı direksiyona dayıyor ve resmen uyuyakalıyordum. Bir dakika da sürebiliyordu, on dakika da." Ancak bu kısa uykuları her zaman önceden kestiremiyordu. "Kamyonlara çarptığım oldu. Bir keresinde ilerleyip bir paleti almıştım ki, hemen sonra soğuk bir hisle uyanıverdim – beni birden gerçeğe döndüren ani bir sarsıntıyla." Bu noktada, çarpışmayı temsilen yüksek sesle el çırptı. "Konteynere çarpar çarpmaz, güm diye bir ses. Eyvah! dedim. Neyse ki bir insan ya da değerli bir şey değildi çarptığım."

Ara sıra yolda yürürken uyuyakalmış olması da aynı düzeyde kaygı vericiydi. "Gözkapaklarımı kontrol edemediğimi ve içimin geçer gibi olduğumu hatırlıyorum. Ama sonra caddeye vardığımda – vınnn!" Çok yakınından hızla geçen bir arabayı taklit etti. "Arabanın geçişi beni birden kendime getirdi. Arabanın önüne kadar yürümüş olabilirdim pekâlâ. Ürpertici gerçekle yüz yüze geldim."

Christian, Manş Denizi'nde Dover ile Calais arasında vınlayarak gidip gelen hoverkraftta da çalışmıştı. Çocukken Manş üzerinden hoverkraftla geçmiştim ben de. Sular sakin sayılsa da, çıkan gürültüyü ve her dalgayla yukarı aşağı savrulup durduğumu çok iyi hatırlıyorum. Uçakta yaşadığım en kötü türbülanstan daha kötüydü. Ama

Christian için, hoverkraftın rahatsızlığı hiç de sorun olmamıştı. "Öylece uyuyuveriyordum. Çalıştığım hemen hemen bütün işlerde olduğu gibi."

Phil ve Adrian gibi, Christian da bir yandan katapleksiden şikâyetçiydi. Onda tetikleyici temel etken, anlaşıldığına göre gülmekti. "*Fawlty Towers*'ı seyrediyorum mesela. John Cleese gülünç bir şey yapıyor ve bunun hayatımda gördüğüm en komik şey olduğunu düşünüyorum. Böylece katapleksim tetikleniyor ve neredeyse bütün kaslarımı etkiliyor. Yanaklarıma ve yüz kaslarıma tuhaf bir şeyler oluyor; sanki titriyorlarmış gibi. Sonra kol ve bacaklarımın kontrolünü kaybediyorum."

Birkaç yıl önce bazı meslektaşlarımla birlikte Christian'ın katapleksisini MRI taramasıyla görüntüleyip kaydetmeye çalıştık ve bunun için, cihazın içindeyken, kendisindeki tetikleyici etkisi pek şaşmamış bir video izlettik ona. *The Office* (Ofis) dizisinden bir sahneydi bu. Sahnede iş arkadaşlarına dans becerileri konusunda caka satan David Brent, kendini rezil etme kapasitesi ve içgörü yoksunluğunu sergilediği, herkesi kaskatı kesen berbat bir gösteri çıkarır ortaya. Girişimimiz tam bir başarısızlıkla sonuçlandı; katapleksiyi başlatamadığımız için değil, tarama bulgularını beyin dalgası kayıtlarıyla bir araya getiremediğimiz için.

Dahası, Evelyn gibi Christian da hipnagojik halüsinasyonlardan muzdaripti. Uykuya dalarken sıklıkla odada karanlık figürler görüyordu, ama daha da acayip halüsinasyonlar gördüğü de oluyordu. Beden dışı deneyim yaşar gibi, birkaç kez kendi vücuduna yukarıdan bakarak süzüldüğünü hatırlıyordu örneğin. Sonra, 9. Bölüm'deki *incubus* ve *succubus* betimlemelerini andırır şeyler de ortaya çıkabiliyordu. "Dindar bir kişi değilim, ama bir *succubus* –bir gece şeytanı– tarafından ziyaret edildiğime inanmıştım. Duman halüsinasyonuydu bu. Ne insan kılığında bir şeytan, ne de başka bir şey. Sanki üzerime yoğun bir duman geliyordu." Biraz duraksadı. "Zihnimde bana yaklaşıyor, benimle seks yapıyor, sonra gidiyordu. Her gece yapıyordu bunu. Gözlerim açık uyur halde bile görebiliyordum onu. Yakalayıp kavrayabiliyordum. Üstümde oturur gibi değil de –kabalaşmadan söylemeye çalışırsam– cinsel anlamda içime girer gibiydi."

Ardından gülerek ekledi: "Bir rahibe görünmeyi bile düşündüm; sadece biraz çene çalmak için. Ama önce size geldim!" Ona rahip rolü için hiç de iyi bir aday olmadığımı söyledim.

Tahminime göre Christian'daki narkolepsinin temeli de Phil ve Adrian'da olduğu gibi, beynin derinlerindeki lateral hipotalamus adlı küçük bölgede meydana gelen hasar olabilirdi. Bu yapının ürettiği hipokretin adlı kimyasalın omurilik sıvısı içindeki düzeylerini hiç ölçmemiştim. Hipokretinin çok düşük düzeyde üretildiğini, hatta belki hiç üretilmediğini göreceğimden kuşkum yoktu. Bütün bu belirtilerin nedeni, uykumuzu kontrol eden ve rüyalarımızı düzenleyen devreler ağının tam merkezindeki bu küçücük çekirdeğin zarar görmüş olmasıydı. Christian'ın birdenbire uyuyakalmasını ya da REM uykusuna girmesini önleyen anahtar bozulmuştu. Çoğu kişi için geçerli olmak üzere, uyku döngülerimiz her gece dört veya beş REM uykusundan geçer ve sabah REM uykusundan uyanırsak, görmüş olduğumuz rüyayı hatırlayabiliriz. Ancak Christian'ın süratle bir uyuyup bir uyanması, uyku ataklarının son derece elverişsiz zamanlarda ortaya çıkmasına neden oluyordu: forkliftin direksiyonu başında ya da futbol maçında bağrışan kalabalığın ortasında. Uyanıklıktan doğruca REM uykusuna geçmesi ise yatakta yatarken gördüğü bu tuhaf ve korkunç halüsinasyonlara neden oluyordu.

Dahası, bu nörolojik hasar sonucu REM uykusunun dengesiz olması, geceleri REM uykusuyla uyanıklık arasında hızla gidip gelmesine yol açıyordu. Rüyalarını hatırlaması ise REM uykusuyla tam bilinç arasında gece boyunca kendini gösteren bulanık sınırlar içinde gerçekleşiyordu. Uyandığında belli belirsiz hatırlanan bir anı ya da hikâye değildi söz konusu olan; tutarlı, canlı, gerçekçi ve tekrarlayan rüyalardı. Öylesine yoğun ve canlı oluyorlardı ki, bunları gerçek hayattan ayırt etmek kimi zaman zorlaşabiliyordu. Betimlemeleri karşısında büyülenmiştim.

Christian her gece aynı dört kişiyi görüyordu rüyasında. "İlkokul ve ortaokula birlikte gittiğim gerçek kişiler bunlar," diye anlattı. "Belki yirmi yıldır görmüyorum onları, ama rüyalarıma her gece giriyorlar." Biraz mahcup bir edayla güldü. "Kızlardan biriyle bir aşk ilişkisi içindeyim. Aslında ikisiyle birden!" Burada bir açıklama yap-

ma gereği duydu: "Aşk ilişkisi deyince biraz tuhaf geliyor kulağa. Rüyamda gördüğüm kişiler gerçekte çocuk. Benim yetişkin, onların da çocuk olduğu bir aşk ilişkisi yaşamıyorum. Ben de onlar gibiyim. Geçmişte olduğum çocuğun ta kendisiyim."

Acaba eski anılarını mı yaşıyordu yeniden? Ona bunu sorduğumda, yeni deneyimler, hatta neredeyse yeni bir hayat yaşadığından emin olduğunu söyledi. "Kızlardan biri eskiden kız arkadaşımdı, diğeri de epey hoşlandığım bir sınıf arkadaşım. Ama gerçekle uzaktan yakından ilgisi olmayan, tuhaf bir aşk ilişkisi bu yaşadığım – sonuçta yirmi yıldır görmüyorum onları! Facebook'ta fotoğraflarını gördüğüm oldu; bu yüzden yetişkinlikte neye benzediklerini biliyorum. Ama rüyamda onları bu şekilde görmüyorum, çünkü yetişkin halleriyle herhangi bir etkileşimim olmadı." Geceleri başka bir hayat yaşıyordu; sosyal ve romantik bir hayat. Ancak bu ilişkilerin cinsel bir yönü olmadığından emindi. Rüyaları bir masumiyet zamanını, kaygı ve sorunların olmadığı bir mutluluk dönemini yansıtmaktaydı.

İçerik kadar dikkat çekici olan başka bir unsur da, rüyalarının yoğunluğu ve uyandıktan sonra bile etkilerinin sürmesiydi. Anlatması onun için zor olduğundan bir örnekle açıkladı.

Diyelim ki rüyamda yoldan aşağı yürüyorum ve Fred Bloggs'la karşılaşıyorum. "Selam, Fred, ne var ne yok?" diyorum ona. Bütün bunları kendi açımdan görüyorum. Uyandığımda ve gözlerim açıldığında rüya halen devam ediyor. Ama o noktadan itibaren, Fred Bloggs'u görüp ona selam demiş olmaktan öteye geçiyorum ve olanlar birden bana bir hikâye gibi anlatılmaya başlıyor. Bundan sonrasını, bana sanki kitaptan okuyan birinin sesinden dinliyorum. Yani Fred Bloggs'la konuşurken [rüya] birden şuna dönüşüyor: "Christian, Fred Bloggs'la konuşuyor ve elini sıkıyor."

Anlattıkları karşısında benim yorumum, rüyanın tamamının olmasa da bazı yönlerinin uyanıklığa sızdığı yolundaydı. Ona, yeniden uykuya daldığında ne olduğunu sordum. Rüyanın öylece devam ettiğini söyledi; "anlatıcının" sesi yoktu sadece. Kendini yeniden sokakta, Fred'le konuşur halde buluyordu. "Rüya kesintisizce devam edip gidiyor," diye anlattı.

*

Kızlarımdan küçük olanını yatarken izlediğim her seferinde, uyuyakalma hızı karşısında şaşkına dönerim – ve ona imrenirim de aynı zamanda. Bir an bir yavru köpek almam için başımın etini yerken (uykudan önceki son düşüncesi), bir an sonra gözleri kapanmış, nefes alıp vermesi yavaşlamış, bir lamba gibi sönüvermiştir bile. Sanki bir uçurumdan düşüp uyku okyanusunun derinlerine ulaşmıştır. Dış dünyadan bihaberdir artık. Geçiş keskin, hızlı ve anidir. Uyku üzerinde düşünmez bile. Bu onun için yemek veya içmek gibi içgüdüsel, ilkel ve biyolojik bir eylemdir, kendiliğinden oluverir. Uykunun, kendini uykulu hissetmemekten öte neye yaradığı sorusunu aklından geçirmediği gibi, uyuduğunun da farkında değildir – tek bir istisnayla: Uyandığında, rüya veya kâbus görmüş olduğunun farkına varır. Çoğumuz, en azından uyku sorunu olmayanlarımız için, uykunun bilince sızan tek unsuru rüyalardır. Uyanma eylemi dışında, gerçekten uyumuş olduğumuzla ilgili tek kanıt rüya görmüş olmaktır ve bu hep böyle olmuştur. Rüya görmek insan deneyiminin içsel bir bileşenidir ve muhtemelen başka memeliler için de geçerlidir bu (kendilerine elbette soramasak da). İnsanlar rüyaların anlam ve önemi konusunda ezelden beri kafa patlatmışlardır ve neredeyse bütün dinlerde rüyaların oynadığı bir rol vardır.

Varlığını sürdüren en eski yazılı metinlerden biri *Mısır Rüya Kitabı*'dır. Papirüse yazılmış olan bu metin Londra'da, Guy's Hastanesi'ne yalnızca kırk dakikalık bir yürüyüş mesafesindeki British Museum'da korunmakta. Belge, uzun süre sergilenemeyecek kadar kırılgan ve narin yapıda; öyle ki, çok düşük düzeydeki vitrin aydınlatmasıyla bile sayfaları unufak olma riskiyle karşı karşıya kalıyor. MÖ 1220 civarına tarihlenmiş bu sayfalarda "iyi" ya da "kötü" olarak sınıflandırılmış 108 rüyanın ayrıntısı, öngörüleri konusundaki yorumlarla birlikte yer alıyor. Bu eski metinleri kendi gözümle görme şansını ben de yakalayabildim.

Müzenin Eski Mısır ve Sudan çalışma odasına getirilen dört cam çerçeve, yavaşça yerlerinden çıkarılıp önümdeki meşe masaya yerleştirildi. Papirüsler, cam levhaların arasına sıkıştırılmış, birbiriyle bağlantısız ve boşlukta yüzer gibi görünen parçalar halindeydi; ancak

bir tanesi, 60 cm'lik en ve 30 cm'lik boyuyla şaşırtıcı ölçüde büyüktü ve bütünlüğü oldukça iyi korunmuştu. Siyah ve kırmızı mürekkeple yazılmış metinde, yazıcının elinin sayfadan kalktığı yerlerdeki mürekkep izlerini görebiliyordum. 3000 yıl önce papirüs üzerine mürekkeple yazılmış bir şeyler görmek ve yazarın sayfa üzerinde bıraktığı izlere tanıklık etmek büyüleyici bir deneyimdi. Metinde farklı boyutlarda simgeler vardı, bu yüzden birden fazla kişi tarafından yazılmış gibi göründü gözüme. Ana metinde harfler keskin hatlı ve düzenli aralıklarla yerleştirilmişti; ama belgelerin bazı alanlarında başka bir el de girmişti devreye. Buralarda yazılar daha büyük, daha gösterişli, daha az kontrollüydü, tıpkı kenar boşlukları içine düşülen notlar gibi. Hiyerogliflerin uzmanlık alanıma girdiğini söyleyemesem de, liste olduğunu çıkarabildiğim bir kısım vardı: Her cümle ya da ifade, yatak olduğunu tahmin ettiğim kırmızı bir simgeyle işaretlenmişti. Buradaki her madde, bir rüyaya ve yorumuna karşılık geliyor olabilir miydi?

Eski Mısırlılar tanrılarının rüyalarda görünebildiğine ve rüyaların yaşam sonrasına açılan bir pencere olarak da işlev gördüğüne inanırlardı. Benzer şekilde, Yaratılış Kitabı'nda Yusuf, Firavun'un rüyalarını yorumlayarak yedi yıllık bir ziyafet ve ardından yedi yıllık bir kıtlık öngörmüştü. Yahudi mistisizminin bir kolu olan Kabala öğretisinde, uyku sırasında ruhumuzun altmış parçasından elli dokuzunun bizi terk ettiğine inanılır. Kalan altmışta bir (ki bu oran herhangi bir şeyin algılanabilir en küçük miktarı olarak görülür), hayatımızı sürdürmemiz için geride bırakılmıştır. Ruhlarımız beslenip zenginleşmek için ruhsal âleme girerken, gelecekte karşılaşacağımız olaylardan bazı görüntüler vücudumuza akarak rüya formunu alırlar.

Şimdilerde rüyaları geleceğin öngörüsü olarak düşünen pek fazla kişi kalmamış olsa gerek. Ama "Neden rüya görüyoruz?" sorusunun cevabını hâlâ tam olarak bilmiyoruz. Üzerine düşünüldüğünde, insan yaşamında böylesine temel bir yer tutan, neredeyse her gece yaşadığımız, bizim için yeme ve içmeden farksız hale gelmiş bir şeyin bir bilinmez olarak kalması afallatıcı bir durumdur. "Neden yiyoruz?" sorusuna verilen yanıtın "Bilmiyorum" olması kadar akıl almaz bir şeydir bu.

Genellikle REM uykusu ile rüya görmeyi aynı şey olarak düşünürüz; ancak 2. ve 3. Bölümlerde söylediğim gibi, doğru değildir bu. REM-dışı uyku sırasında uyandırılan kişilerin sıklıkla rüya benzeri fenomenlerden söz ettiğini biliyoruz. Ancak anlaşıldığına göre REM uykusu daha çok olay örgüsüne sahip, öyküsel yapıdaki rüyalarla ilişkilidir. Öte yandan REM uykusuyla bu tür rüyaların tam olarak aynı şey olmadığı açıktır. REM uykusu vücudun felçli, beynin de çok etkin olduğu uyku evresi olarak tanımlanır. EEG, yani beyin etkinliğini sınırlı ölçüde anlamamızı sağlayan elektrik sinyalleri, uyanıklıktaki beyin sinyallerine büyük benzerlik gösterir; ancak hareket eden kaslar, solunum ve göz hareketlerini sağlayan kaslardan ibarettir. REM uykusu, anne karnında başlayan beyin etkinliğinin de bir özelliğidir. Hatta gelişimimizin üçüncü trimesterine (üçüncü üç aylık dönemine) girerken neredeyse bütün zamanımızı bu beyin evresinde geçiririz – en azından bu dönemde doğan (prematüre) bebekler için durum böyledir. Ayrıca, doğumdan sonra bile her 24 saatlik döngünün üçte birini REM uykusu oluşturur.

Yale Üniversitesi'nde uyku tıbbı öğretim üyesi olarak görev yapan Meir Kryger'ın, bu konuyu tartıştığımız sırada bana söylediği gibi: "Bebekler neyin rüyasını görüyor olabilirler ki?" Yanıt, tahminen "hiçbir şeyin" olacaktır; ya da en azından "bizim rüya olarak bildiğimiz şeye hiç de benzemeyen bir şeyin". Anladığımız şekliyle rüya görme deneyimimiz, tahminen beynin öznel deneyimleri öyküsel biçimde temsil edebilecek kadar geliştiği bir yaşta başlayabilir ancak. Demek istediğim şu: Beyinlerimizin yaşam deneyimlerimizi anlayıp onları öyküsel biçimde bir araya getirmesi, ancak belirli bir olgunluk ve organizasyon düzeyine erişmeleriyle mümkün olur. Rüyalarımızın "rüya" olarak algıladığımız şeyi oluşturmak üzere yapılandığı dönem ise tahminen beş yaş civarıdır ama bunu kesin biçimde saptamak zordur. İki yaşındaki bebeğinizin bırakın rüya deneyimlerini, neden öfke nöbetine girdiğini anlamak bile yeterince güçtür; fakat küçük çocuklar uyandıklarında kötü bir rüya gördüklerini söyleyebilirler.

Peki ama, Kryger'ın da ima ettiği gibi, rahim dışındaki hiçbir şeyle ilgili herhangi bir deneyim yaşamamış 28 haftalık bir fetüs, yaşamsal deneyimlerin rüyasını nasıl görebilir? Harvard'da psikiyatri ve

uyku tıbbı öğretim üyesi olan Allan Hobson, "rüyasız REM uykusu"nun bilincin gelişmesine temel oluşturduğunu ileri sürmüş, bu evreye "proto-bilinç" (ilk bilinç) adını vermiştir. Bebeklik ve çocuklukta bilinçdışı otomatik eylemlerle başlayan davranışlarımız (yiyecek için ağlama, süt emme, herhangi bir özfarkındalık veya irade olmaksızın nesnelere uzanma gibi) sanal bir uzayda gerçekleştirilen tekrarlama ve "alıştırmalar" aracılığıyla kademeli olarak "bilinçli" diye nitelediğimiz bir duruma doğru gelişme gösterirler. Hobson, REM uykusunun birincil bilinçten (başka memelilerin deneyimlediği basit algı ve duygular) ikincil bilincin (irade, özfarkındalık, akıl yürütme, içgörü, soyut düşünme gibi unsurları içeren bilinç düzeyi) ortaya çıkmasını yönlendirdiğini ileri sürmüştür. Kendisiyle görüştüğümde şöyle dedi Hobson: "O zamanlar yakıştırdığım, şimdiyse biraz utanarak kullandığım proto-bilinç terimi sanırım talihsiz bir seçim oldu. Ama anlatmaya çalıştığım şey aslında çok basit: Bilince götüren beyin gelişim süreci çok erken bir dönemde, gebelik sırasında başlıyor."

Bununla birlikte, REM uykusu ölçülebilir ve algılanabilir bir beyin durumunu temsil ederken, rüya görme öznel bir psikolojik durumdur. REM uykusu en azından, rüya görmeye karşılık gelen, kolay belirlenebilir ve incelenebilir unsurlar barındırdığından, rüyaları kısa bir süreliğine bir kenara koyup REM uykusuna odaklanalım. REM uykusunun işlevi hakkında ne biliyoruz? Beynimiz gelişirken zamanımızın çok büyük bir kısmını REM uykusunda geçirdiğimize göre, bu gelişimi destekleyici rolü olsa gerek. Ama REM uykusu bütün yaşamımız boyunca varlığını koruduğu ve yaşlılığa kadar uzandığı için, bütün hikâye bundan ibaret olamaz. Beynimizin süregiden idame ve yeniden yapılanma süreçlerinde de rol oynuyor olabilir mi öyleyse? REM uykusu yaşamımızın uyanık geçirdiğimiz bölümü için hazırlık veya alıştırma yapmamızı, uyumayı sürdürmemizi ve beynimizi uyanıklık hali için ince ayara tabi tutmamızı sağlıyor da olabilir. Beyinlerindeki lezyonlara bağlı olarak REM uykusu sırasında avlanma veya kavga etme davranışları gösteren kedilerle çalışmış olan Jouvet, REM uykusunun, sağkalım açısından temel önem taşıyan sezgisel davranışların prova edilmesini sağladığını ileri sürmüştü. Başka araştırmacılara göre ise, kedi yavrularındaki REM uykusunun, gözleri ilk defa

açıldığı andan itibaren belirgin şekilde gerilemesi, bu uyku türünün beyindeki belirli devreleri gelecekteki işlev ve etkinlikler için bir şekilde hazırladığını göstermekteydi.

Bu uyku tipinin işleviyle ilgili bir başka kuram da, REM uykusunun ruh hali (duygudurum) ve psikolojik durum açısından temel önemde olduğu yönündedir. İnsan katılımcılarda REM uykusunun aksatıldığı ilk çalışmalar, insanların birkaç gün sonra ruh haliyle ilgili ciddi sorunlar yaşadığını gösterirken, o zamandan bu yana yapılan başka çalışmalar REM ve REM-dışı uykunun aynı ölçüde önemli olduğu sonucunu vermiştir. Öte yandan, depresyonlu kişilerde REM uykusunun tek bir gece önlenmesiyle ruh halinin belirgin biçimde *iyiye gidebilmesi* ve görece eski antidepresanların REM uykusunu tümüyle ortadan kaldırabilmesi, işleri karıştırır. Dolayısıyla bu da tümüyle ikna edici bir kuram sayılmaz.

REM uykusunun öğrenme ve bellek işlevlerini kolaylaştırıcı etkisi konusunda ne diyeceğiz? Hayvanlarla yapılan çalışmaların ortak bulgusu, REM uykusu süresinin yeni bir işi öğrendikten sonra uzadığı, REM uykusunun aksamasıyla öğrenme sürecinin de aksadığı biçimindedir. Ancak bu konuda insanlarla yapılan çalışmalardan sağlanan kanıtlar büyük ölçüde zayıf kalır; dolayısıyla bir etki varsa bile bunun görece küçük olduğu sonucuna varırız. Öyleyse REM uykusu belki sadece bizim için yeni olan unsurları depolamada değil, zaten bildiklerimizi korumamızda da rol oynuyor, anı veya becerileri kodlayan devreleri tetikleyerek onları sağlamlaştırıyor ve unutmamızı engelliyor olabilir. REM uykusunun öğrenme ve becerilerle ilgili bir dizi unsur için temel önemde olduğuna işaret eden kanıtlar gerçekten de vardır. Bu alanın önde gelen araştırmacılarından Matthew Walker ve ekibi, yüz ifadelerinde yansıtılan duyguları tanıma, labirentte yol bulma ve yaratıcı düşünme gibi önemli becerilerin REM uykusu tarafından desteklendiğini göstermiştir. Yaratıcılık ve rüya görme uzun süredir birbiriyle ilişkilendirilmiştir. Mary Shelley'nin, *Frankenstein*'ın bazı sahnelerinde rüyalarından yola çıkmış olması, Keith Richards'ın "Satisfaction" şarkısının ilk ölçüleri, Mendeleyev'in periyodik tabloyu kurgulaması ve Paul McCartney'nin "Yesterday" şarkısını bestelemesi bu konuda sıklıkla başvurulan anekdotlardır. Öy-

leyse belki de REM uykusunun farklı birçok anıyı, farklı birçok deneyimi bir araya toplayıp, dâhiyane bir eserde birleştirme gücüne sahip olduğunu söyleyebiliriz.

REM uykusunun ilginç bir özelliği, yaşamımızın başka her ânından farklı olarak, vücut sıcaklığımızı düzenleyen mekanizmaların bizi bu sırada yüzüstü bırakmasıdır. Geri kalan zamanlarda vücut sıcaklığımız tümüyle kararlı biçimde korunduğu halde, REM uykusu sırasında düşer. Aslında bu, bizim için oldukça tehlikeli bir durumdur. Vücut sıcaklığındaki küçük oynamalar bile beyin işlevlerinde ya da kalp ritminde aksamalarla sonuçlanabilir. Acil serviste hipotermi nedeniyle komaya girmiş ya da madde kullanımı kaynaklı sıcaklık artışı nedeniyle beyin hasarı geçirmiş hastalar gördüğüm olur arada. Sıcaklık kontrolünün ortadan kalkmasının bu kadar tehlikeli olabilmesinden hareketle, bu oldukça büyük bir bedel gibi görünür; hele de bu duruma gecede birkaç kez girdiğimiz düşünülürse. Evrim hiç de aptal olmadığına göre, içsel termostatın kaybolduğu REM uykusunun temel önem taşıyan bir işlevi olsa gerektir.

Bununla birlikte, bir emniyet şalterimiz vardır: Vücut sıcaklığımız düştüğünde REM uykusuna girmeyiz. Anlaşıldığına göre, sıcaklığımız yeterince yüksek değilse beyin, ısı denetimini kaybetme riskini göze almaz. Ancak, bu noktada karşımıza bir çelişki de çıkar: REM uykusuna girmeleri engellenmiş sıçanlar kısa sürede vücut sıcaklıklarını düzenleme becerilerini kaybederek ölürler. Bu konuda kendisiyle telefonda konuştuğum Hobson, karısından örnek vermişti. "Karım da nörolog," dedi bana. "Herkese sıcak gelen bir odada o hep üşür. Bunun nedeni, sürekli uyku yoksunluğu çekmesi. Çok fazla çalışıyor çünkü!" Peki, REM uykusu vücut sıcaklığının düzenlenmesinde önem taşıyorsa, REM uykusundayken bu kontrolü kaybetmemizle nasıl bağdaştıracağız bunu? Bu bariz çelişki hakkındaki düşüncelerini sordum Hobson'a. Yanıtı şöyle oldu: "REM uykusuna girdiğimizde, vücut sıcaklığımızı düzenleyen sistemin bakımını yapmış oluyoruz. Arabamızı tamirciye götürdüğümüzde, arabayı tekerlekleri havadayken çalıştırırız. Yani tamir etmek için normal biçimde çalışmasını engelleriz. Bu da benzer bir şey." Öyleyse REM uykusu, iç sıcaklığımızı kararlı bir şekilde 37 °C'de tutan sistemi çevrimdışı hale ge-

tirerek, bakımı ve iyi çalışması için üzerinde yapılacak ayarlamaları mümkün kılıyor olabilir.

*

Christian için mesele, rüyalarında çocukluk arkadaşlarını görüyor olmasından ibaret değildi; rüyalarını bu ölçüde hatırlayabiliyor olması da hayret vericiydi. Ben şahsen birkaç haftada bir rüyalarımdan birini hatırlarsam şanslı sayarım kendimi. Uyandığımda rüyanın ayrıntıları berrak bir şekilde kafamdadır ama bu yoğun anılar birkaç dakika içinde rüzgârda dağılan sis zerrecikleri gibi dağılıp gitmiştir bile. Oysa Christian'ın gördüğü ayrıntılar onunla birlikte yaşıyordu ve gün içindeki deneyimleri kadar canlı ve renkliydi. "Rüyalarımda ellerim hep özel bir nitelik kazanıyor. Onlardan her zaman lazer ışınları fırlatabiliyorum mesela. Bunun bütün rüyalarımda tam olarak nasıl gerçekleştiğini anlatabilirim. Hep aynı şekilde oluyor. Beynimde bir basınç hissediyorum. Bir enerji topu oluşturuyorum içimde. Bunu beynimde hissediyor ve enerji topunun elimde giderek büyüdüğünü fark ediyorum; çünkü onu üreten benim. Ardından insanların üzerine fırlatıyorum bu topu." Bütün bunların *Harry Potter*'ı çağrıştırdığını söyledim ona. Ve bu da başka anıları tetikledi.

"Rüyalarımda duvarların içinden geçtiğimi görüyorum; ama bu sırada kafamın geçmesini sağlamak zor oluyor." Duraksadı ve birkaç saniye düşündü. "Acaba gerçekte beynimde olup biten bir şeyler mi var diye düşünüyorum. Bilmiyorum, beynim biraz şişiyor olabilir mi acaba? Bunun bilimi konusunda bilgim yok, ama acaba diyorum, ben uyurken gerçekte bir şeyler mi oluyor? Ve bu olanlar rüyalarıma aktarılıyor da bu yüzden mi kafamı duvardan geçiremiyorum?"

Bu noktada, duyusal bilginin rüyalara katılmasını tarif ediyor gibiydi. Uzuvlardaki sıradışı hareketlerin belki de REM uykusu davranış bozukluğu için karakteristik olan şiddet içerikli rüyaları ortaya çıkarabileceğinden 3. Bölüm'de bahsetmiştik. Sözlerine devam etti Christian: "Diyelim ki bacağımda sivilce gibi bir şey çıkmış ama benim haberim yok; fark etmemişim bile. O gece mutlaka orada bir şeyler olduğunu görüyorum rüyamda, ama bacağımdan dışarı doğru büyüyen mantar gibi bir şey oluyor gördüğüm."

Öte yandan Christian hep aşk ilişkileri ve süpergüçlerle dolu güllük gülistanlık rüyalar görüyor değildi. Bazıları son derece tatsızdı. "Düzenli olarak gördüklerimden biri, nükleer savaş. Hep çok canlı ve dehşet dolu. Malum, nükleer savaşın içinde olmadım hiç; sadece video oyunlarında, filmlerde, belgesellerde falan tanık oldum." Geceleri dehşet, ölüm ve yıkımla dolu rüyalarında, daha doğrusu kâbuslarında düzenli olarak yaşadığı deneyimden söz etti ardından. "Farz edelim ki şimdi, tam şu anda bu rüyanın içindeyiz, ben yine burada oturmuş, sizinle konuşuyorum. Derken, biraz ileride koca bir mantar bulutu yükseliyor. Paniklemeye falan başlıyoruz. Düşen bombalar görüyorum ve nereye ineceklerini de biliyorum. Bombalar asla ânında patlamıyor bu arada. Binadan çıkıyor ve kendimize sığınacak bir yerler arıyoruz. Bir şekilde yeraltına inmemiz gerekiyor. Ve birden bir bomba hemen yanımızda patlıyor. Gerçek hayatta saniyesinde buharlaşıp gideceğimiz halde, rüyamda kaçacak zamanımız oluyor. Genellikle ölmüyorum bu rüyalarda; hep insanları kurtarmaya çalışıyorum."

*

Christian'ın rüyalarını düzenli biçimde hatırlıyor olması, elbette REM uykusunun dengesizliğinden, bu da narkolepsiden kaynaklanıyordu. Uyanıklık ile REM uykusu arasında kesintisizce gidip gelmesi sonucunda, rüyaları düzenli olarak bilincine ulaşabiliyordu. Rüyalarının yoğunluğu ve niteliği yüzünden içinde bir merak uyanmıştı: Yoksa rüyalarının belirli bir amacı mı vardı? Ona bir şeyler söylemeye mi çalışıyorlardı? Peki gerçekten yapar mı bunu rüyalar? Bize kendimizle, deneyimlerimizle, arzularımızla ve kişiliğimizle ilgili bir şeyler söylerler mi?

Zihinle beden arasındaki tarihsel ayrım kuşkusuz rüyaların bilimsel olarak araştırılmasına köstek olmuştur. (Bu bağlamda "beden" sözcüğü ile fiziksel beyni kastediyoruz.) Kartezyen düalizm kavramı, beden ve ruhu birbirinden tümüyle ayrı olarak tanımlar ve bu görüş nöroloji (sinir sistemi tıbbı) ile psikiyatri (zihin tıbbı) arasındaki bölünmeyi etkilemiştir. Bu yapay bölünme son birkaç onyılda yavaş yavaş yok olup gitmiştir; öyle ki, bugün bu görüşün doğru olduğunu

düşünecek nörolog veya psikiyatristlerin sayısı çok azdır. Biz nöroloqlar halüsinasyon ya da delüzyon gibi bariz psikotik belirtilere yol açan beyin tümörleri veya otoimmün beyin bozukluklarına, hatta kaygı ya da depresyon gibi incelikli "psikiyatrik" belirtilere oldukça aşinayızdır. Aynı şekilde, güncel psikiyatri dergilerine baktığınızda, şizofreni veya bipolar bozukluğu genetik varyantlarla, nörotransmiterlerdeki değişimlerle ve beynin çeşitli alanlarındaki etkinlik değişimleriyle ilişkilendiren araştırmalarla dolu olduklarını görürsünüz.

Sonuç olarak, görünüşe göre zihinle beden, yani zihinsel olanla fiziksel olan arasındaki ayrım yavaş yavaş ölüyor. Bununla birlikte rüyalar dünyasında bütün yollar Sigmund Freud'a çıkar. Freud'un rüyaların kökenine ilişkin görüşlerine neredeyse herkes aşinadır. Freudyen kuramın merkezî ilkesi, rüyaların gerçekleşmemiş istek veya arzuları temsil ettiği düşüncesine dayanır. Fakat rüyaların görünürdeki anlamı, baskılanmış duygu ve arzuların sansürlenmiş bir versiyonunu içerir ve yorum gerektirir. Bilinçdışı arzularımızı başkaları karşısında olduğu kadar kendimiz için de bastırmışızdır ve rüyalarımız da bu gizli arzuların üstü kapalı bir tezahürüdür. Rüyalarımızın içeriğini gelecekle ilgili tahminlere tercüme etmek için *Mısır Rüya Kitabı*'ndan çok, onların zihnimizin karanlık köşeleriyle ilgili söylediklerini anlamak için bir psikanaliste ihtiyacımız vardır. Freud bazı açılardan Kartezyen düalizmin iki yakası arasında bir köprü görevi görmüştü. Nöroloji eğitimi almış olmakla birlikte, hızla psikiyatri dünyasına adım atmış ve ünlü psikanaliz kuramlarını geliştirmişti. O dönemde EEG ve beyin görüntüleme teknikleri henüz geliştirilmediği ve kendisi de REM uykusundan haberdar olmadığı halde, rüyaların beyinden kaynaklandığını söyleyerek onları fiziksel dünyaya sağlam bir şekilde yerleştirmişti. Ancak rüya yorumları hakkındaki kuramları sınanamaz ve kanıtlanamaz olmanın yanında, kesinlikle "ruhani" bir çeşniye sahipti: gizli ve karanlık arzularımız tarafından her gece işkence gören içsel ruhumuz; Oidipus kompleksinin dışavurumu; çocukluk döneminin bastırılmış cinsel senaryoları gibi.

Rüyaların beyinde oluştuğunu artık elbette açık bir şekilde gösterebiliyoruz. Bir kere, beynin ölçülebilir bir elektriksel durumu (REM uykusu) kapsamında, görülür biçimde ortaya çıkıyorlar. Ama bunun

da ötesinde, işlevsel görüntüleme çalışmaları (beynin derinlerine bakıp, belirli zamanlarda çeşitli alanların gösterdiği etkinlikleri anlamamızı sağlayan teknikler) sayesinde, REM uykusu sırasında beynin bazı bölgelerinin son derece etkin olduğunu da görebiliyoruz. Kendi rüyalarınızı düşünerek bunların hangi alanlar olabileceğini tahmin bile edebilirsiniz. Görüntüleme sırasında en sıcak (etkin) olduğu anlaşılan bölgeler duygular, hareket, görme ve otobiyografik bellekle ilgili bölgelerdir; yani sırasıyla limbik sistem, motor korteks, görsel-uzamsal alanlar ve hipokampus. REM uykusuyla etkinliği en çok azalan temel bölgenin, akılcı düşünme ve karmaşık planlama işlevlerinden sorumlu prefrontal korteks olması da yine şaşırtıcı değildir.

Peki rüyalar REM uykusunun bir tür "epifenomeni" yani yan ürünü olabilirler mi sadece? Rüya görmede devreye giren zihinsel süreçler, beynin bu alanlarının REM uykusunda gelişigüzel biçimde etkinleşmesinin bir sonucu olabilir mi? Nefes alıp vermek gibi basit bir eylemi düşünün. Bunu soğuk bir günde yaptığınızda, verdiğiniz nefesle oluşan buhar, her nefesle kaybettiğiniz suyun bir göstergesidir. Ortalama cüssedeki bir yetişkin erkek, her gün bu şekilde yaklaşık 400 ml su kaybeder. Ama solunumun işlevi elbette suyun atılması değildir. Su kaybı, sadece havanın nemli hava yollarından geçmesinin bir sonucu, soluma yoluyla oksijen alıp karbondioksit vermenin bir yan ürünüdür. Öyleyse rüyalar da benzer şekilde REM uykusunun birer yan ürünü müdür sadece? Gördüklerimiz, REM uykusunun beyinde yürüttüğü temizlik sürecinde biriken anlamsız çöp yığınlardan mı ibarettir? Kişisel düzeyde, bu görüşü kendi uyku deneyimlerimizle –tanıdığımız insanları gördüğümüz, gerçekçi dünyalarla etkileşime girdiğimiz, güçlü duygular deneyimlediğimiz rüyalarımızla– uzlaştırmak zordur. Meseleye mümkün olduğunca tarafsız ve bilimsel bir gözle bakmaya çalıştığım halde, rüyalarımızın nasıl olup da tümüyle ayrı ve ilişkisiz bir amacı olan bir elektriksel sürecin posasını temsil edebileceğini anlamak benim için de güç, hele bazı hastalarımı düşündüğümde.

Bunlardan biri, Sri Lanka adasından gelmiş bir mülteciydi. Bir Tamil ailesine doğmuş olan bu genç adamın hayatının ilk dönemi iç savaşla paramparça olmuştu; tutuklanmış, tacize uğramış ve şiddete

maruz kalmıştı. Sri Lanka'dan onlu yaşlarında ayrılmış olsa da, birkaç günde bir tüm canlılığıyla gördüğü kâbusların işkencesiyle yaşıyor, on beş yıl sonra bile, rüyalarında yoğun biçimde canlanan travmatik deneyimlerinin etkisiyle çığlık çığlığa uyanıyordu. Bu kâbuslar, gündüzleri yaşanan anlık geriye dönüşlere (*flashback*) ve travmanın hatırlanmasını tetikleyen şeylere verilen anormal tepkilerin görüldüğü travma sonrası stres bozukluğunun (TSSB) yaygın özelliklerinden biridir. Öyleyse, gün içinde yaşanan şeylerle açık biçimde bağlantılı olan bu tekrarlı kâbuslar nasıl basitçe yan ürün olarak nitelendirilebilir? Pek de olası görünmüyor bu bana.

Aslına bakılırsa, uykubilimci Matthew Walker REM uykusunda rüya görmenin işlevlerinden birinin "gece terapisi" olduğunu öne sürmüştür. Uyanıkken beyinlerimiz çeşitli nörotransmiterlerle dolup taşmaktadır; ancak uykuya dalarken bu durum değişir. REM-dışı uykuda asetilkolin, serotonin ve noradrenalin (norepinefrin) düzeyleri düşer; fakat REM uykusuna girerken düzeyler bir değişimden daha geçer: Özellikle noradrenalin düzeyi en düşük noktasına ulaşırken, asetilkolin düzeyi de uyanıklıktakine kıyasla yükselir. Dolayısıyla, REM uykusundaki beyin kimyasal açıdan etkin ama noradrenalinden yoksundur; ki bu hormon da ilişkili olduğu adrenalin hormonu gibi "savaş ya da sıvış" tepkisi için temel önem taşır. Bu kimyasal, güçlü duygularla bağlantılı anıların güçlendirilmesinde de rol oynuyor olabilir. Geçmişteki yaşamınıza baktığınızda, en güçlü anılarınız neredeyse istisnasız olarak büyük sevinç, korku ya da heyecan yaşadığınız deneyimlerle ilgili olanlarıdır. TSSB yaşayan insanlarda da durum kesinlikle budur. Bununla birlikte, REM uykusunun, bu anıların konsolide edilip duygusal bağlamlarından koparılması –bir başka deyişle, deneyimle ilişkili duygu yoğunluğunun azaltılması– için bir mekanizma sağlıyor olabileceğine işaret eden incelikli araştırmalar vardır. Bunu evrimsel açıdan ele alalım: Bir yılan tarafından ısırılmış olmanın kalıcı anısı, hissettiğiniz korku ve acıysa, bir daha yılan gördüğünüzde korkuyla donup kalabilirsiniz. Travmatik deneyimlerini hatırlatan bir şeyle karşılaştıklarında TSSB'li kişilerin yaptığı da budur. Yılanların ısırdığını hatırlamak önemlidir –ısırılmanın verdiği acı ve korku buna yardımcı olur– ama yeniden yılan gördüğünüzde

akılcı düşünme becerinizi korumak da bir o kadar önemlidir.

Öyleyse REM uykusu belki de, bazı deneyimlerimizin duygusal yükünden kurtulmamızı sağlayan bir tür psikolojik terapidir. Ve bu da TSSB yaşayan kişilerin bu tekrarlayan kâbusları görmelerini açıklıyor olabilir. Travmatik deneyimler çok güçlü duygular üretmiş ve noradrenalin tümüyle baskılanmamışsa, bu rüya veya kâbuslar tam uyanmayla sonuçlanır. Kâbus her ortaya çıkışında, tamamına ermeden yarım kalır ve o anıyla ilgi duygular körelmez. Tıpkı çizilmiş bir plakta olduğu gibidir durum: İğne oluğun hep aynı noktasından zıplar ve şarkı hiçbir zaman tamamlanamaz. Beyin, anılarınızı o korkudan ve onunla ilişkili duygusal travmadan arındırmayı defalarca ve defalarca dener durur. TSSB ile ilişkili kâbuslar için yaygın olarak kullanılan bir ilaç olan prazosinin temel etkisi, beyindeki noradrenalini baskılamaktır. Yakın tarihli bir çalışma bu ilacın, verilecek bir plasebodan daha etkili olmadığını ileri sürse de, hem ben hem de meslektaşlarım birkaç hastanın bu ilaçla başarılı bir şekilde tedavi edildiğine tanık olduk.

Dolayısıyla bazı kişilerde önem taşıyan unsur, rüya içeriğinin kendisidir. Her şey beynin REM uykusunda ürettiği gelişigüzel gürültüden ibaret değildir. Üstelik rüya analizi deneyleri de bireysel deneyimlerimizi doğrular: Rüyalar bir gün öncesinin olaylarını nadiren canlandırsa da, genellikle bir gün öncesinin duygularını yansıtan duygusal temalar taşır (üzüntü, kaygı veya öfke gibi). Gündüzleri sürdüğümüz yaşam, gece yaşamımızı renklendirir. Peki rüyaların tam içeriği önemli midir? Az da olsa, bunu destekleyecek bazı kanıtlar vardır. Bir çalışmanın bulgularına göre, sanal gerçeklik ortamında bir labirent içinde yolunu bulmaları istenen katılımcılardan, rüyasında karmaşık bir ortamda dolaştıklarını bildirmiş olanlar, farklı türde rüyalar görenlere göre daha başarılı olmuştu, fakat bu rüyaların REM uykusunda görülmemiş olduğunu belirtmek lazım.

REM uykusu ve rüya görme konusunda bana belki de en çekici gelen hipotez, Allan Hobson ile (sinirbilim dünyasının ağır toplarından) Karl Friston'a ait. Bu hipotezin beni neden bu kadar cezbettiğinden emin değilim, ama tahminim, bilgisiz ama meraklı bir tıp öğrencisi olarak uyku hakkında okuduğum ilk makaleyle (Crick ve

Mitchison tarafından yazılmış bu makaleden kitabın Giriş bölümünde söz etmiştim) paralellikler taşıyor olması. Crick ve Mitchison'a göre REM uykusu bir tür "tersine öğrenme" süreciydi ve nöral ağları gün içindeki deneyimlerimiz aracılığıyla oluşan gereksiz bağlantılardan arındırıyordu; rüya görme de bu fazlalıkların atılma sürecini temsil ediyordu. Hobson ve Friston'ın hipotezi bundan biraz farklıdır ve çekici yönlerinden biri, REM uykusu ile rüya görmeyi, bazı yönleriyle de beden ile zihni bütünleştirmesidir. Bir amaç atfeder rüyalarımıza. Biraz karmaşık sayılabilecek bu hipotezle ilgili makaleleri defalarca okuduğum halde, yazılanları tümüyle anladığıma ikna olmuş değilim. Hobson'ı telefonla aramamın gerçek nedeni buydu: kuramın "budalalar için" versiyonunu kendisinden dinlemek. Ona kuramı tümüyle anladığımdan hiç de emin olmadığımı söylediğimde "Al benden de o kadar!" dedi şaka yollu. Ama bana bir açıklama yapmayı da ihmal etmedi.

Çevremizdeki dünyayı ne şekilde kavradığımız, özünde görmenin, dokunmanın, işitmenin, hareketin ve deneyimin yorumlanmasına dayanır. Bunu yapabilmemiz için, girdileri alıp onlara anlam atfeden karmaşık birer makine olan beyinlerimizin, dış dünyaya ilişkin bir modele sahip olması gerekir. Temel devreler ağının oluşturduğu bu model, belli ölçüde genetik unsurlar da içerir. Bu ağla doğarız, hatta doğumumuzdan önce de vardır bu ağ. Hobson şöyle anlattı: "Beynin yaptığı, dış uyaranlara tepki vermekten ibaret değildir; çünkü sağlam bir beklentiler yelpazesine de sahiptir. Diyebilirsiniz ki, bunlar öğrenilmiş şeyler; ama Friston ve ben diyoruz ki, evet, ama öğrenme sürecinden bile önce öğrenilmiş durumdalar, çünkü genetik olarak programlanmışlar." Fakat birer birey olarak kim olduğumuzu tanımlamak üzere yaşam süresince gelişen bu modelin sürekli olarak ayarlanması, üstünde oynanması gerekir. Şarap sevip sevmediğimiz, Dalí'yi mi Constable'ı mı tercih ettiğimiz, bir tartışma sırasında eşlerimize nasıl cevap verdiğimiz bu model tarafından belirlenir. Hobson devam etti: "Beynin işi, gerçekliği öngörmektir ve bunu pasif değil aktif biçimde yapabilir ancak. Elinde bir dizi varsayım vardır ve verilere bağlı olarak bunları değiştirip ayarlar. Siz ve ben farklı şekillerde düşünürüz, çünkü farklı insanlarız ve farklı deneyimler ya-

şamışızdır. Beyinlerimiz belki o kadar da farklı değil, ama dünyayla ilgili olarak sahip olduğumuz modeller oldukça farklı."

Bu model, özünde bilincimizi tanımlar; ama ihtiyaç duyduğu küçük müdahaleler ancak çevrimdışı olduğumuzda, dış dünyayla bağlantımız koptuğunda, hareket edemediğimizde, çevremizdeki dünyadan uzaklaştığımızda, hatta vücut sıcaklığımızı düzenleyen süreçlerden bile yoksun bırakıldığımızda gerçekleşebilir. Hobson ve Friston, REM uykusu sırasında beynin yeni deneyimleri bu modele entegre ederek onu tekrar elden geçirip biçimlendirdiğini ve rüyalarımızın bu sürecin gerçekleştiği bir sanal gerçeklik ortamını temsil ettiğini düşünmekteler. Rüyalarımız sonuçta, deneyimlerimizin oluşturduğu bir karışımı, milyonlarca farklı biçimde prova edilmiş kümülatif dünya modelimizi temsil eder; bu provaların amacı kendi kişisel dünyamızı anlamak ve bireysel bilincimizi belirlemektir. Şöyle devam etti Hobson: "Rüyalarımız, bu modeli faaliyete geçirdiğimiz öznel deneyimlerimizdir ve bizim alanımızı psikanalize bağlayan unsur da budur. Rüyaların yorumu, kişinin dünya modelini anlamamızın bir yolu olarak düşünülebilir. Bu model kısmen de olsa, besbelli deneyimin bir ürünüdür."

Bu kuram bir anlamda Freud'un, rüyalarımızın çocukluk deneyimlerimizle ilintili olduğu yolundaki görüşünü de kapsamakla birlikte, Hobson'a göre Freud'un hatası her şeyi cinsellik merkezinde ele alması olmuştu: "Bana göre Freudcuların yaptığı, sadece kısmen cinsel nitelikli olup büyük oranda başka şeyler içeren fenomenleri cinselleştirmekti." Hobson onlarca yıldır bir rüya güncesi tuttuğunu söyledi. "Cinsel içerikli rüyalarım, hepsinin yüzde 5'i kadar bu arada. Eğer kalan yüzde 95'in de Ödipal arzularımdan kaynaklandığını düşünüyorsanız, bu bana saçma gelir doğrusu."

Christian'ın küçüklüğüyle ilgili rüyaları, bana göre çocukluğuna ilişkin görüşleri hakkında bir şeyler söylüyordu. Daha sonra anlattığına göre, arkadaşları hüzünlü bir havası olduğunu söylüyordu ona: Daha genç ve daha mutlu olduğu günleri anma eğilimindeydi ve eski günlerdeki hoşnutluk duygusunu kaybetmiş olmanın acısını yaşıyordu. İkimiz de bu rüyaların Christian'ın dile gelmemiş cinsel arzularını değil, yetişkinliğin zorluklarından ve narkolepsiden muaf olduğu

o çetrefilsiz yıllara dönme arzusunu temsil ettiği görüşündeydik.

Sonuç olarak, bazı rüyalarımızın bir gün önceki yaşantıları yansıtırken, bazılarının da bu türden anlamlı bir ilişki içermediği düşüncesi akla uygundur. Bugüne kadarki yaşamımızın bir toplamıdır rüyalar. Dolayısıyla bazı rüya ve kâbusların, gündelik deneyimleri anlama çabamıza bağlı olarak tekrarlanması şaşırtıcı değildir. Ancak bu rüyalar beynin bir işlevi olarak belirir. "Beyin zihni, zihin de beyni yaratır," demişti Hobson. Özetle beyin ve zihin aynı şeydir ve Kartezyen düalizm çoktan ölüp gitmiştir.

*

Christian'ın anlattıkları, tıpkı 9. Bölüm'deki Evelyn'de olduğu gibi, bariz biçimde bilinçli rüya kapsamına da girmekteydi. Rüyalarının bilincine ve farkına belli ölçüde varabiliyor ve onları yine belli ölçüde etkileyebiliyordu. Sanki biraz hoşuna da gitmiyor değildi bu durum. Zamanla, daha önce kendisini her gece ziyaret eden *succubus*'un yer aldığı hipnagojik halüsinasyonlarını kontrol altına alabilmeye başlamıştı. ("Zaman içinde onunla mücadele etmeyi öğrendim ve gitmesini sağladım.") Üstelik şimdi gece yaşamını da yönlendirebiliyordu. "Kolaylıkla bilinçli rüya görebiliyorum," diye anlattı. "Size çok iyi bir örnek verebilirim. Hong Kong'a hiç gitmedim. Sadece filmler ve video oyunlarında gördüm orayı. Rüyamda, kendi zihnimde yarattığım Hong Kong'daydım --dar arka sokaklar, kocaman Coca-Cola reklam panoları falan– ve bu sokaklarda dolaştığımı hatırlıyorum. Bir otelde kalıyordum ve otelin içinde gerçek anlamıyla dolanıp bara ulaşabiliyordum. Bara kendi irademle girdiğimi hatırlıyorum." Ona, kontrolün kendisinde olduğunu tam anlamıyla hissedip hissetmediğini sordum. "O rüyada kontrolüm altında olmayan birçok unsur vardı, çünkü rüyaların doğası zaten oldukça fantastik. Ama evet, ortalıkta dolanabiliyor, insanlarla konuşabiliyordum. Bara gittim ve ardından otelden çıktım. Askıdaki giysilere bakmak için bir mağazadan içeri girdiğimi ve bunları ellerimle tek tek taradığımı da hatırlıyorum. Ama aslında rüyanın içindeydim ve sanki gerçek hayatmış gibi kontrol ediyordum olanları."

Bilinçli rüya görme kimileri için bir tuhaflık, hatta ruhani bir deneyimdir. Hayal ürünü olduğu gerekçesiyle sıklıkla gözardı edilir. Ancak açık nörobiyolojik göstergeleri olduğu da bir gerçektir. Beynin derinlerinde gerçekleşen talamus merkezli inmelerden sonra ortaya çıktığı bildirilmiştir örneğin; ama varlığı sadece insanların anlattıkları ışığında değil, nesnel olarak da belirlenebilir. Bilinçli rüya görenlerin beyin dalgaları, bilinçli REM uykusuna geçiş sırasında EEG ile izlendiğinde, beynin frontal bölgelerinde değişimler belirlenmiştir. Bunun da ötesinde, çok ilginç bir çalışma kapsamında araştırmacılar bilinçli rüyaların varlığını kesin biçimde kanıtlayabilmişlerdir. Bu rüyaları düzenli olarak gören altı kişiyi bir görüntüleme cihazında izleyen araştırmacılar, katılımcılardan, bilinçli rüyanın başladığı ânı bir işaretle bildirmelerini istemişlerdi. Hatırlarsanız REM uykusu sırasında felç durumunda oluruz ve bundan etkilenmeyen kaslar, göz hareketlerini ve solunumu sağlayan kaslardan ibarettir. Katılımcıların, bilinçli rüya evresine girmekte olduklarını işaretle göstermek için tek yolları vardı: gözlerini önceden kararlaştırıldığı biçimde oynatmak (sol-sağ-sol-sağ). Bu işareti bilinçli rüya başlangıcında başarıyla verdiler. Dahası, katılımcılardan rüyalarında on saniye boyunca ellerini yumruk yapmaları ve bunu da aynı işaretle belirtmeleri istenmişti. Önce bir ellerini yumruk yapacak, diğer ele geçtiklerinde yine işaret verecek ve bu döngüyü tekrarlayabildikleri kadar tekrarlayacaklardı. Gerçek anlamda yumruk yapamazlardı elbette; çünkü elleri de diğer vücut kısımları gibi felçliydi. Süreci tamamlayabilen iki kişiden birinde, sonuçlar afallatıcı cinstendi. Bilinçli rüyasında elini yumruk yaptığını gören katılımcıda, beynin bir tarafındaki duyu-motor korteksinde etkinlik artışı gözlenmiş, rüyasında diğer elini yumruk yaptığında, beyindeki etkinlik de taraf değiştirmişti. Duyu-motor korteksindeki etkinlik, aynı eylemin uyanıklıkta elin hareketleriyle gerçekleştiği durumdakine benzerlik gösteriyordu. Bu bulgular, bilinçli rüyanın son derece gerçek bir fenomen olduğunu açıkça göstermekteydi. Kişi bariz biçimde rüya uykusunda olduğu halde, sergilediği özellikler uyanıklığa özgüydü.

Uykuyla ilgili birçok fenomen gibi, bilinçli rüya görme eylemi de bir ikili beyin durumunu temsil eder. Uyurgezerlikte uyanıklıkla

derin uyku arasındaki örtüşmeye benzer şekilde, burada da uyanıklıkla REM uykusu arasında bir örtüşme var gibidir. Bu açıdan bakıldığında, narkolepsili kişilerin, bilinçli rüya gördüklerini diğer kişilere göre çok daha sık bildirmeleri pek de şaşırtıcı değildir. Christian sık sık uyanıklıkla REM uykusu arasındaki bir noktada zaman geçiriyorsa (ki hipnagojik halüsinasyonlar, uyku felci ve canlı rüyalar buna işaret ediyordu) bilinçli rüya görmesi de neredeyse kaçınılmazdı. Aslına bakılırsa, narkolepsisi bulunan kişilerin yüzde 80'e varan bir oranı bilinçli rüya gördüklerini söylerler.

Ancak bilinçli rüyaların asıl önemi, rüyaların işlevini anlamaya çalışan rüya araştırmacılarına bir oyun alanı sunuyor olmasıdır. Eğer rüyalarınızı bilinçli olarak etkileyebiliyorsanız, bu, rüyalarınızın içeriğinin gündelik yaşamınızla nasıl ilişkilendiğini anlamanızı sağlayacak doğal bir deney ortamı sağlayacaktır size. Piyano çalmak gibi yeni bir beceri kazanmaya çalıştığınızı farz edin. Bilinçli rüya gören biri olarak, rüyalarınızı piyano çalma doğrultusunda yönlendirirseniz, belki de daha hızlı öğrenebilirsiniz bunu. Yaratıcılığı ve yeteneği, bilinçli rüyasında yaptığı resimlerle desteklenen bir ressam da olabilirsiniz örneğin. Seçenekler sonsuzdur.

*

Christian'ın narkolepsi tedavisi sorunluydu. Onun için en büyük mesele katapleksi değil, gündüzleri yaşadığı aşırı uykululuk durumuydu. Ancak en küçük dozda verilen uyarıcılar bile yan etkiler ortaya çıkarmıştı ve kendisini fazla "kimyasal" hissettirdiğini söylediği bu ilaçları almaktan bu nedenle nefret ediyordu. "Zamanında keyif verici maddeler kullandığım için bu hissi iyi tanıyorum. Aynı hissi uyarıcılar da veriyor." Biraz daha canlanmış gibiydi, ancak ilaçların getirdiği bu hissi güçlendirmeden verebildiğimiz dozlar da, onu gerçek anlamıyla uyanık tutmak için yetersizdi. Sık sık kendini biraz daha "tetikte" hissetse de, uykuyu uzaklaştıracak düzeyde değildi bu. Dolayısıyla bu ilaçları ara ara kullanmakla birlikte, düzenli kullanıma geçmekte isteksizdi. Phil'in hayatında büyük değişiklik yaratmış olan sodyum oksibat gibi daha güçlü ve farklı türde ilaçları kullan-

mak da aynı derecede itici geliyordu ona. "Aslında şu anda bir şekilde idare ediyorum hayatımı. Çalışamadığım halde, bazı olanaklardan yararlanabildiğimden bu ülkede yaşıyor olmak bir şans benim için. Başka ülkelerde tedavi bile alamazdım. Gün içinde uyuyabiliyorum – genellikle de günde iki veya üç kez."

Gün içinde aralıklarla kestirmek, narkolepsi için yaygın kullanılan bir tedavi yöntemidir; hatta ilaç tedavisiyle birlikte de uygulanabilir. Narkolepsili hastalarımdan birçoğu bu kısa süreli uykuları planlı biçimde sürdürüyor, okul veya işyerinde, önceden belirledikleri zamanlarda sessiz bir odaya, hatta bazen geniş bir dolap ya da tuvalet bölmesine çekilerek 10 ila 20 dakika boyunca uyuyorlar. Narkolepsinin özelliklerinden biri, bu kısa uykuların dinçleştirici etkisidir; bataryalar şarj olunca insanlar izleyen birkaç saat boyunca kendilerini uyanık hissederler. Christian sözlerine devam etti: "Yaşamımı, ev işlerini, alışverişimi, insanların normal yaşam kapsamına aldığı gündelik işlerimi sürdürmeyi becerebiliyorum – becerebiliyorum çünkü bir işte çalışmanın baskısı yok üzerimde. Bana reçete edilmiş ilacı da alıyorum, ama kendimi her gün ilaçla doldurmuyorum. Önemli bir işim, bilincimin açık olmasını gerektiren bir durum varsa sabahları alıyorum."

Christian narkolepsili hastalarımdan bir kısmının ara sıra dile getirdiği bir duygudan da söz etti: Durumunun, bir anlamda hoşuna giden bazı yanları da vardı. "Leonardo DiCaprio'nun oynadığı *Inception/Başlangıç* filmini gördüyseniz, bu size rüyalarımın neye benzediği hakkında çok iyi bir fikir verecektir." Yine filmlerden benzetme yaptığı bir başka seferinde: "Sanki Matrix gerçekten var gibi; yani en azından benim zihnimin sınırları içinde. Geceleri başka bir yaşam sürüyor oluyorum." Matrix'i gördüğü rüyalarda Keanu Reeves mi yoksa Laurence Fishburne mü olduğunu sordum ona. Güldü: "Hayır, ben yine benim orada. Anlatılan hikâyenin kahramanı benim. Hoşuma da gitmiyor değil."

Geceleri birden fazla yaşam sürmek, narkolepsisinin gündüz yaşamına koyduğu sınırlamaları bir ölçüde telafi ediyor ve Christian da bundan hoşlanıyor gibiydi. Ona bir başka hastamdan söz ettim. Bu hastam da, anlattığına göre narkolepsiden kaynaklanan rüyalarının

ruhani bir anlamı olduğunu, dünyayla farklı bir varoluş düzleminde iletişim kurduğunu hissediyordu. "Bilmiyorum mantıklı gelecek mi, ama ben de kendimi biraz özel hissediyorum. Bilimin ve hükümetin bazı söylediklerine kuşkuyla yaklaştığım için bu konularda bir şeyler okuyorum hep. Her okuduğuma inanmasam da, telepati ve benzeri şeyleri aklımın bir kenarında tutuyorum. Böyle bir şey gerçekten varsa, bunu uygulamak konusunda bayağı iyi bir aday sayılırım. Nitekim uykumda insanlarla iletişim kurmaya çalıştığımı hissediyorum gerçekten de."

Christian'ın bunlara ne kadar inandığını bilmesem de, deneyimlerini yorumlamak ve anlamlandırmak için çok zaman harcadığı ortadaydı. Ancak kesin olan bir şey varsa, o da bu kişisel gece hayatının bazı getirileri de olduğuydu: "Kimsenin görmediği ve görme ihtimalinin de bulunmadığı şeyler görüyorum. Gerçek olmadıkları halde bunları yaşadım ve gördüm. Ortalama insan böyle bir deneyim yaşamıyor çünkü rüyalarını hatırlamıyor. Ömrü boyunca hatırladığı, olsa olsa bir-iki rüya."

Neden rüya gördüğümüz meselesine gelince... Bu bölüme yeniden göz attığımda birçok soru görmüş olsam da, verilen kesin cevapların sayıca çok az olduğunu fark ediyorum. REM uykusu ve rüyalar tahminen birden fazla işleve sahip ve bunlar da yaşamın hangi evresinde olduğunuza bağlı olarak değişebiliyor. Ama şimdilik cevap hâlâ "Bilmiyorum"dan ibaret.

14
Uykusuz Her Gece

2005 YILINDA *New Yorker* dergisinde yayımlanan bir yazı, terör şüphelilerinin tutulduğu Guantanamo Körfezi'nin ("Gitmo") idare biçimini ifşa ediyordu. Yazıda tıp ve bilim personelinin "tutukluların fiziksel ve zihinsel kırılganlığından yararlanma amacıyla" kullandıkları teknikler de ayrıntılandırılmıştı. Mahkûmların maruz kaldığı uygulamalar, başlangıçta Kore Savaşı'nda düşürülen uçakların pilotlarının, yakalanmaları durumunda karşı karşıya kalacakları feci muameleyle baş etmelerine yardımcı olmak üzere Pentagon desteğiyle oluşturulmuş SERE ("Survival, Evasion, Resistance and Escape"/ "Sağkalım, Kaçınma, Direnme ve Kaçış") programına dayandırılmıştı.

Uygulanan bu tekniklerin merkezinde uykudan yoksun bırakma ve uyku örüntülerinin aksatılması vardı. Makalenin yazarı şöyle diyordu: "Uykudan yoksun bırakma yöntemi öylesiyle yaygındı ki ... sorgulama memurları, tutukluları bir ya da iki saatlik aralıklarla bir hücreden diğerine taşıma işinden 'müdavim yolcu programı' olarak söz ediyordu." Uygulamanın amacı, tutukluları "özdenetimden", ya da makaledeki ifadeyle "kendi davranışlarını dizginleme veya kontrol etme" becerisinden yoksun kalacakları ölçüde psikolojik stres altına sokmaktı. Bu özdenetim kaybı mahkûmların iradesini zayıflatarak, onları önemli istihbarat verilerini ele vermeye daha yatkın hale getirecekti.

Bu bağlamdaki sistematik uyku yoksunluğunun, yasal ve etik açıdan geçerli bir sorgulama yöntemi mi yoksa düpedüz işkence mi ol-

duğu yönündeki tartışmalar hâlâ hararetle sürüyor. Ne de olsa uyku yoksunluğu doğrudan yara bereye veya ağrıya/acıya yol açmaz. Birleşmiş Milletler'in İşkenceye Karşı Sözleşme'sinde işkence şöyle tanımlanır:

> ... bilgi veya itiraf elde etmek için ... bir kamu görevlisinin veya yetkili bir başka şahsın teşviki, rızası veya onayıyla uygulanan, fiziksel veya manevi acı ya da ızdırap verici bir eylem. ... Yasal yaptırımların uygulanmasından doğan, bunların doğasında olan veya arızi olarak ortaya çıkan acı ve ızdırap bu kapsamda değildir.

Konunun belirsizlik taşıyan, yoruma açık ve tartışılmakta olan kısmı, son cümledeki "yasal yaptırımlar"dır. Yoksa uyku yoksunluğuna yol açmanın ızdırap verici bir eylem olduğunda kuşku yoktur.

Nasıl tanımlanıyor olursa olsun, uyku yoksunluğu bir sorgulama silahı ya da işkence yöntemi olarak yüzyıllardır kullanılagelmiştir. Belgelenmiş ilk kullanımı 15. yüzyıl sonlarında Katolik Engizisyon Mahkemesi'nce gerçekleştirilmiş ve 16. yüzyıl İskoçyası'ndaki cadı avcılarından KGB sorgulama kamplarına kadar birçok yerde çağlar boyunca bel bağlanan bir uygulama olmuştur. Ve kuşkusuz dünyanın karanlık köşelerinde hâlâ uygulanmaktadır da.

Uyku yoksunluğunun fiziksel izler bırakmadığı doğru olsa da, psikolojik ve zihinsel yaralara yol açabilmenin yanında potansiyel olarak epey tehlikelidir. İnsanlarda uzun süreli sistematik uyku yoksunluğu bilimsel olarak henüz tam anlamıyla incelenmemiş, ancak hayvanlarda ölümcül olduğu ortaya çıkmıştır. Uyanık tutulan köpekler istisnasız olarak 4-17 gün sonra ölürken, sıçanlarda bu süre 11-32 gündür.

Bir an için bu işkenceyle karşı karşıya kaldığınızı düşünün. Birkaç dakikalık bir uyku fırsatı yakalamaktan başka hiçbir şeyi gözünüz görmüyor; sağlıklı düşünemiyorsunuz, görüşünüz bulanık, kol ve bacaklarınız yorgunluktan ağrıyor. Ancak, başınız düştüğü anda sizi sarsarak uyandıran, ne bir Engizisyon sorgucusu ne de bir Guantanamo muhafızı. Bu sizsiniz, sizin beyniniz: Kendi işkenceciniz yine kendinizsiniz. Ve bu da insomninin ta kendisi.

*

Claire muayene odama ilk girdiğinde başı beladaydı. Göstermiyordu gerçi. İlk bakışta ellilerinin başlarında, son derece şık giyimli, ince ve gerçekten güzel bir kadındı. Londra'nın finans merkezine bir taş atımlık mesafedeki Londra Köprüsü'nü çevreleyen sokaklarda hızlı adımlarla yürüyen birçok başarılı ve zengin kadından farkı yoktu görünüşte. Gelgelelim son beş yıldır, kendisini güçten düşüren bir insomni ile yaşamaktaydı.

Uykusu menopoza yaklaştığı sıralarda kötüye gitmeye başlamıştı, ama insomniyi tetikleyen etken konusunda zihninde pek kuşku yoktu. "15 yıl boyunca çocuklarla evde kaldıktan sonra yeniden işe başlamıştım," diye anlattı. "Elli yaşında olup kendimi işyerinde kanıtlamak için duyduğum büyük isteğin bunda payı var. Çok büyük sorumluluk üstlendiğim halde oldukça düşük maaş aldığım bir işti. Kendimi kanıtlamayı, buna değdiğimi ve değerli bir kişi olduğumu göstermeyi misyon edinmiştim kendime."

Anladığım kadarıyla, iş çevresini etkilemek için kendini inanılmaz bir stres altına sokmuş, zam almak için verdiği mücadele de buna tuz biber ekmişti. "Menopoza geçiş sürecinde uyumakta zorluk çeksem de, kendime diyordum ki: 'Biraz uyku sorunum var. Geceleri uyanıyorum. Derin uyuyabilenlerden değilim, hepsi bu.' Ama gün içinde yine işlerimi yürütebiliyordum."

Ancak işyerindeki durumu bardağı taşıran son damla olmuş gibiydi. "Uykuyu tümden kestim. Biliyorum, inanılmaz geliyor ama sanırım bir yıl kadar bir süre boyunca gerçekten de derin uykudan o kadar mahrum kaldım ki hiçbir şey yapamaz oldum." O sıralardaki uyku örüntüsü hakkında daha fazla bilgi istedim ondan. "Yatağa girerdim girmesine. Ama daha yatmak için yukarı çıkarken başlardım paniklemeye. Başıma gelecekleri bilirdim çünkü. Derken kalbim hızlı hızlı çarpmaya başlardı. Tam bir panik atak değildi belki ama adrenalinin vücudumda dolaştığını hissederdim."

Yatağa girme sürecinin getirdiği kaygı, kendi kendini gerçekleştiren bir kehanet haline gelmişti; uykuya dalmanın çok zor olacağı korkusu insomni yangınını körüklüyordu. "Sonuçta birkaç saat öylece yattıktan sonra başaramayacağımı anlardım. Sonra kalkıp aşağı

iner ve bir bitki çayı yapardım kendime; ışığı loş tutarak mutfakta biraz dolanır, ardından tekrar yatağa girip bir kez daha denerdim uyumayı." Ancak uykunun hep ulaşılamaz olmasının verdiği sıkıntı, sonunda yapacağını yapmıştı – hem fiziksel hem de duygusal açıdan.

"Keyfim fazlasıyla kaçmaya başlamıştı. İtiraf etmekten utanıyorum ama bazen ağlayarak, yarı histerik halde kocamı uyandırırdım. Çok nazik davranır ve beni yatıştırmaya çalışırdı. Doğru şeyleri söylerdi hep. Sonra sabahın erken saatlerine doğru çok hafif, rüyamsı bir uykuya dalardım kısa süreliğine. Ama perişan halde uyanırdım."

Böylece hızla dibe çekilmeye başlamıştı. Uyku yoksunluğu, işinde kendi beklentilerini karşılamakta daha da zorlanmasına neden oluyor, bu ise kaygı düzeyini artırarak uykuyu daha da uzaklaştırıyordu kendisinden: "Ve sonunda büyük bir çöküş yaşadım."

*

İnsomnisi olan birinin, bütün dünya uyurken uyanık olmaktan doğan yalnızlık hissi gibisi yoktur pek. Claire bir uyku güncesi tutmuş ve sayfalarına şunları yazmıştı: "Evdeki herkes uykuda, bense çaresizlik içindeyim, çünkü onca şey denemiş olmama rağmen kendimi her gece burada [salonda] buluyor ve gerçekten yalnız hissediyorum. Sanki hiç bitmeyecekmiş gibi."

Ama yalnız değildi; bilakis, yalnız olmanın oldukça uzağındaydı, insomni inanılmaz ölçüde yaygındır çünkü. Claire gibi siz de uykuya dalamadığınızı, uykuyu sürdürmede zorlandığınızı ya da çok kötü bir uyku uyumuş olduğunuzu hissederek uyandığınızı fark ediyorsanız kulübe hoşgeldiniz. İnsomni uykuyu etkileyen bozukluklar arasında açık arayla önde gelir. Yetişkinlerin yaklaşık üçte biri kötü uykuya işaret eden belirtiler bildirirken, onda birlik bir kesim de kronik insomni yaşamaktadır. İkinci grupta kötü uykuya bir de yorgunluk, sinirlilik, odaklanma güçlüğü ve motivasyon eksikliği eşlik eder. Ancak insomni sadece bir tıbbi bozukluk değil, bir belirtidir de aynı zamanda: Aşırı aktif bir tiroit bezi ya da benzeri bir tıbbi sorunun göstergesi olarak veya bazı ilaçların etkisiyle, bunun yanında kaygı, depresyon, bipolar bozukluk gibi psikiyatrik bozuklukların da bir özel-

liği olarak ortaya çıkabilir. Aslına bakılırsa, insomniden yakınan kişilerin yarısı psikiyatrik bir tanı da almıştır (tabii bu, yarısının böyle bir tanı almadığı anlamına da gelir). İnsomni, tıbbi bir bozukluk olarak bile, altta yatan başka bir sorunun olmadığı durumlarda fazla genel bir terim olarak kalır. Farklı insomni tipleri olduğu gibi –tuhaf gelecek ama– insomnisi olan herkes de uyku yoksunluğu çekmez.

Kötü uyku deneyimi bazı kişilerde kanıtlarla doğrulanamaz. İnsomnili hastaları nadiren uyku laboratuvarına çağırırım. Evde bile iyi uyuyamayan biri, başı elektrotlarla kaplanmış vaziyette, yabancı bir yatakta ve her hareketinin kaydedilip analiz edildiği bilinciyle uyumakta kesinlikle zorlanacaktır. Bununla birlikte, insomnisinin nedeni hakkında soru işaretleri bulunan ya da başka bir uyku bozukluğundan kuşkulandığım hastaları laboratuvara bir geceliğine alırım.

Uyku çalışmasının ardından görüştüğümüzde hastalarıma nasıl uyuduklarını sorduğum zaman, inanılmaz sıklıkla "Çok kötü" yanıtını alırım. Ama karşımdaki kişi uykusunun bir-iki saati geçmediği konusunda her ne kadar ısrarcı olsa da, uyku çalışmasına baktığımızda oldukça makul bir uyku tablosu çıkar karşımıza: yedi veya daha fazla saat uyku ve bolca derin uyku. "Uyku durumu yanılgısı" veya "paradoksal imsomni" olarak bilinen bu insomni türü, uyku çalışmalarında insomnisi olan kişilerle uykusu normal olan kişiler arasında ortaya çıkan büyük örtüşmeyi açıklıyor olabilir. Böyle durumlarda, kişinin uykuyu deneyimleme biçiminde birtakım farklılıklar vardır. Mesele belki de uyku kalitesiyle ilgili bir şeylerdir; uykuyu ölçmede kullandığımız standart teknik olan polisomnogram ile ölçemediğimiz bir şeyler. Bir olasılık da, bu insomni tipine yatkın kişilerde beynin, normal uykunun bir özelliği olan kısa süreli uyanıklıklar arasında kalan zamanı uyanıklık olarak algılamasıdır. Oysa uyku çalışmasında bu aralık derin uyku olarak izlenecektir.

İnsomnisi olan bazı kişilerde uyku parçalı olup gece içinde birkaç kez kesintiye uğrayabilir, ancak toplam uyku süresi yine normal sınırlardadır. Aslında toplam uyku süresi azalmış kişiler bile gerçekte normal bir derin uyku süresi yaşıyor olabilirler, ki fiziksel onarım ve yenilenme için en önemli uyku evresidir bu.

Ancak insomnisi aşırı uçta olan Claire gibi kişilerde uykunun son

derece kısalmış olduğu ve bazen gece içinde kotarılan bir-iki saatle kaldığı bariz kanıtlarla gösterilmiştir. Stresin "aşırı uyarılmışlık" olarak nitelediğimiz biyolojik işaretlerini, uyku süresi kısa olan bu kişilerde görürüz. Sinirlerin sürekli ayakta olması, kalp çarpıntısı, tam alarm durumu, heyecan veya tetikte olma duygusu – bütün bunlar aşırı uyarılmışlığın göstergeleridir. Kişi stres altında olduğunda birtakım nörotransmiter ve hormonlar devreye girer. Stres veya kaygı durumu vücuttaki bazı sistemleri harekete geçirerek kortizol, adrenalin ve noradrenalin düzeylerinin yükselmesine yol açar. Özellikle de uyku süresi kısa olan insomnili hastalarda bu sistemleri incelediğimizde, bu hormonların parçalanma ürünlerinin idrarda yüksek düzeylerde olduğunu görürüz. Bu kişiler "aşırı uyarılmışlık durumu" nun başka özelliklerini de sergilerler: geceleri artan kalp atım hızı, artmış oksijen tüketimi (yani daha hızlı metabolizma), gözbebeklerinde büyüme (ki bu da "savaş ya da sıvış" tepkisini düzenleyen sempatik sinir sistemindeki etkinlik artışına işaret eder). Önemli nokta, bu değişimlerin makul sürelerle uyuyan insomnili kişilerde görülmemesidir.

İnsomni ve uyku yoksunluğu sıklıkla birlikte ele alınır. Kendilerine yeteri kadar uyuma şansı tanımayan kişilerde görülen uyku yoksunluğunun sağlık açısından taşıdığı riskler sağlam biçimde belgelenmiştir: ölüm riski, kilo alımı, yüksek tansiyon, diyabet... liste uzayıp gider. Dolayısıyla insomnisi bulunan kişilerin bu sorunlar karşısında endişe duyması doğaldır. Onlarca yıl sürmüş kötü uyku da sağlık üzerinde aynı yıkıcı etkiyi gösterecektir mutlaka, değil mi? Ancak uyku yoksunluğu ve insomni birbirinden oldukça farklıdır. Uyku yoksunluğu çeken birini uyku laboratuvarında izleyecek olsanız, uykuya çok hızlı daldığını görürdünüz. Bu kişiler uyanıkken de, dikkat ve tetikteliği ölçen testlerde kötü sonuç alacaklardır. Buna tam bir tezat olarak, uyku süreleri kısa olan insomnili kişiler çok daha uzun sürede uykuya dalacak ve uyanıklıkta çok daha tetikte ve dikkatli olacaklardır.

Bu noktada –uyku süresinin kısa olduğu ve normal olduğu– farklı insomni tipleri arasındaki ayrım temel önem taşır. İki tipte de beyin normalden daha aktiftir. Görüntüleme tekniklerinden yararlanıldığın-

da ve beyin dalgaları izlendiğinde, uykudaki beyin etkinliklerinin iki grupta da artmış olduğu ortaya çıkmıştır. Bu ise uyku durumu yanılgısı yaşayan ya da uyku süreleri normale yakın olan kişilerin, uykuyu neden uyanıklık olarak deneyimlediklerini veya uykunun kendilerini neden dinçleştirmediğini açıklıyor olabilir. Ancak, fizyolojik ve kimyasal göstergelerin (kalp atım hızı gibi) işaret ettiği üzere, bütün vücudunda artmış etkinlik sergileyenler yalnızca uyku süresi kısa olanlardır. Beyin etkinliği üzerindeki etkiler öznel uyku deneyimi açısından önemli olsa da, insomniyle ilişkili sağlık sorunlarının birçoğu, görünüşe göre uyku süresi kısa olanlar ve fizyolojik aşırı uyarılmışlık durumunun sadece beyni değil bütün vücudu etkilediği kişilerle sınırlıdır. İnsomniden yakındığını söyleyen kişilerde bilişsel performansın ele alındığı çalışmalarla normal uyuyan kişilerle yapılan çalışmalar kıyaslandığında çok temel farklar çıkmamıştır ortaya. Ancak uykusu normal olanları, hatta uyku kalitesi düşük ve parçalı uyku uyuyanları, uyku süresi (nesnel ölçümlere göre) kısa olan kişilerden ayırdığınızda, belirgin bilişsel sorunlar yaşayanların kısa uyku uyuyan insomnili kişiler olduğu görülür. Buna karşılık insomnisi olmayan ancak uyku yoksunluğu yaşayanlarda, sözünü ettiğimiz hormonların, nörotransmiterlerin ve aşırı uyarılmışlığa işaret eden kardiyovasküler göstergelerin etkinleştiğine ilişkin belirtiler görülmez ve bu kişilerin bilişsel sorunları da aynı düzeyde değildir.

Benzer şekilde, insomnisi bulunanlarda yüksek tansiyon ve diyabet riski incelendiğinde, kısa süre uyuduğu doğru biçimde ölçülmüş kişilerde riskin artmış olduğu, altı saat ya da daha fazla uyuyanlarda ise herhangi bir risk artışı bulunmadığı görülmüştür. Uyku süresi kısa olan insomnili kişilerde ölüm oranının bile hafifçe artmış olduğu gözlenmiştir. Ancak buna yol açan nedenler de, sorunu uyku yoksunluğundan ibaret olan kişilerle farklılık gösterir gibidir. Uyku yoksunluğunun kilo alımıyla ilişkili olduğunu biliyoruz. Öyleyse mesele, çok az uyuyan insomnili kişilerin kilo alması, bunun da onları diyabet, yüksek tansiyon ve ilgili hastalıklara yatkın hale getirmesi olabilir mi? Aslına bakılırsa, uyku süresi kısa olan kronik insomnili kişiler görünüşe göre, normal uyku uyuyanlardan daha fazla kilo almamaktadır. Üstelik bu hastaların obez hale gelmeleri olasılığı normal

bireylere göre daha azdır. Dolayısıyla durumda doğrudan rol oynayan asıl etken, aşırı uyarılmışlığın getirdiği kimyasal ve fizyolojik sonuçlar olsa gerektir.

Doğal bir steroid olan kortizol, kan basıncındaki yükselmeler ve diyabetle ilişkilendirilmiştir. Bir otoimmün nörolojik bozukluğu olması durumunda bağışıklık sistemini baskılamak için steroid alan hastalarda çok sık görürüz bunu. Sempatik sinir sistemindeki etkinliğin ve ilgili kimyasalların (adrenalin gibi) düzeyinde gerçekleşen artışlar kalp ve kan damarlarını doğrudan etkileyerek, normalde kan basıncında geceleri görülmesi beklenen düşüşü önlerler.

Özetlersek, süresi büyük ölçüde azalmış uykunun görüldüğü insomnide beliren fiziksel etkiler, hormonlardaki ve kardiyovasküler durumdaki değişimler için de birer gösterge olabilir ve görünüşe göre insomninin getirdiği sağlık risklerinin bir kısmından sorumludurlar. Daha makul sürelerle uyuyan insomni hastalarında sıradışı beyin etkinliğine ilişkin kanıtlar olsa da, fiziksel açıdan bu grubun normal uyuyan kişilerle paylaştığı özellikler daha fazladır.

Öyleyse şiddetli insomni yaşayan, yani çok az uyuyan insanlardaki aşırı uyarılmışlık durumuna yol açan şey nedir? Kısa süreli uyku bu uyarılmışlığın bir nedeni mi yoksa sonucu mudur? Yanıt bütünüyle kesin olmamakla birlikte, uyku durumu yanılgısı bulunan (uykusu öznel açıdan kötü olduğu halde uyku süresi normal olan), ayrıca insomniden yakınmasa da uyku yoksunluğu yaşayan kişilerde bu kimyasal ve nörolojik sistemlerdeki etkinleşmenin daha düşük düzeyde gerçekleşmesi, aşırı uyarılmışlık durumunun görece şiddetli insomni tiplerine neden olduğuna kuvvetle işaret eder.

Elbette devrede olan genetik etkenler de vardır. İnsomni genellikle ailesel bir bozukluktur ve ikizlerle yapılan çalışmalar, insomnide genlerin katkısının yüzde 57 oranında olabileceğini göstermiştir. Yakın tarihli bir çalışmada insomniye katkıda bulunan yedi genin belirlenmiş olması, aşırı uyarılmışlık durumuna genetik bir yatkınlığın pekâlâ mümkün olduğunu gösterir. Yeni bir iş, ilişki sorunları, ailedeki bir ölüm gibi durumlara bağlı olarak stres altında yaşayan kişilerin bir insomni ve aşırı uyarılmışlık dönemi geçirmeleri oldukça normaldir. Fakat "doğru" genlere sahipseniz, bu tür bir stres etkeni

karşısında hem zihinsel hem de biyolojik olarak yaşadığınız artmış uyarılabilirlik durumunun, etken ortadan kalktığında bile sürmesi riski altındasınız demektir. Bu artmış tetiktelik veya uyarılmışlık ise insomninin kronikleşmesine neden olur.

Elbette psikolojik etkenler de girer devreye. Daha önce de söylediğim gibi, kronik insomnisi bulunan hastaların kabaca yarısında altta yatan psikiyatrik bozukluklar da vardır, özellikle de kaygı. Aşırı uyarılmışlık ise kaygının güçlü bir özelliği olduğundan, kaygının kendisi insomniye yol açıyor olabilir. Peki ne kaygısı ne de herhangi bir psikiyatrik bozukluğu bulunan diğer yarı için ne söyleyeceğiz?

Klinikte gördüğüm birçok kişi panik atak geçirmiyor ve gün içinde de genel bir endişe durumu içinde değil. Bu kişiler gündüzleri kendilerini iyi hissettiklerini, ancak yatma zamanı gelince, özellikle de uykuya dalma süreciyle ilgili olarak endişelerinin başladığını söylüyorlar. Onları kaygılandıran şey, uykuya bir türlü dalamayıp gece boyunca bunun için mücadele verecekleri düşüncesi. Kendilerini bekleyen gecenin korkusuyla yaşıyorlar. Başlarını yastığa koyduklarında, rahat yataklarını mutlu bir uykuya dalmanın keyfiyle ilişkilendireceklerine, yatak odalarını bir işkence odası olarak görmeye başlıyorlar. Ortak nakaratları ise şöyle: "Yatağa yatarken bitkin düşmüş oluyorum ama ışıklar söner sönmez zihnim hızlanmaya başlıyor ve kendimi tümüyle uyanık hissediyorum." Aşırı uyarılmışlık durumuna geçtikleri, beyinlerinin teyakkuza geçmesiyle uykunun bir anda erişilmez hale geldiği an da bu. Sisyphos'un, tepenin en üst noktasına kadar yuvarladığı kaya parçasını bir anda elinden kaçırıp gerisingeri aşağı yuvarlanışını izlediği gibi, onlar da uykuya tam ulaşmak üzereyken ellerinden bir anda alınmasına tanık oluyorlar. Bu durum ne kadar uzun sürerse uykuyla ilişkileri de o kadar bozuluyor.

Ancak psikolojik ve fiziksel stres tepkisinin artmasının bir yönü daha var: insanların kendilerini berbat hissetmesine neden olması. İnsomni kurbanları kötü uykunun sıkıntısıyla birlikte, ölümün eşiğinde olduklarını da hissedebiliyorlar. Ve bu duyguda kaygının önemli bir rol oynadığını hemen fark etmezseniz insomniniz daha da kötüye gidebiliyor, çünkü çok ciddi bir sorunla karşı karşıya olduğunuz endişesine kapılabiliyorsunuz. Claire şöyle anlattı: "İnternete girip

insomniyle ilgili sorunları google'lıyordum. Bende bazı sendromların olduğuna ikna ettim kendimi." Onu özellikle endişelendiren bir sendrom olup olmadığını sordum; ama çok kez duymuş olduğumdan, vereceği cevabı da gayet iyi biliyordum. "Ölümcül ailesel insomni. Altı ay içinde öleceğimden emindim."

Ölümcül ailesel insomni, bir prion proteinindeki bozukluktan kaynaklanan bir hastalıktır. (Bu prion bozukluğu kendini Creutzfeldt-Jakob hastalığı veya "deli dana hastalığı"nda da gösterir.) Kuşaklar boyunca aktarılan kusurlu bir genin neden olduğu hastalık acımasızca ilerleyerek ortalama 18 ay içinde kaçınılmaz bir ölüme neden olur. Giderek kötüleşecek olan bir insomni şikâyetiyle başlar her şey. Hastalık ilerledikçe otonom sinir sisteminde değişiklikler belirir: Kan basıncı istikrarsızlaşarak hem düşme hem yükselme yönünde belirgin dalgalanmalar gösterir, terleme ve kabızlık ortaya çıkar. Bunu halüsinasyonlar ve davranış değişiklikleri eşliğinde hezeyanlar (deliryum) izler; son evrelerde ise hastalar uykuyla uyanıklık arasında sürekli gidip gelirler. Ancak bu hastalık son derece ender ortaya çıkar, öyle ki dünyada etkilediği bilinen aile sayısı 40'tır. İnsomniden yakınan kişilerin kimi zaman hızla bu tanıya ulaşıp hastalığın diğer belirtileri konusunda da kendilerini ikna etmeleri, insomnide görülebilen kaygının düzeyi hakkında da fikir verebilir.

*

Claire'le ilk görüşmemizde, kendisini bu noktaya getirmiş olabilecek bazı kişilik özelliklerinin farkındaydı. Dahası, şu anki sorunlarının öncesinde uykusunun nasıl olduğunu konuşurken, bana uykusunun hayatında olup bitenlerden her zaman biraz etkilenmiş olduğunu söyledi. Aşırı uyarılmışlık durumunu tetikleyen etken ise hem onun hem benim için ortadaydı: "İş stresi, iş konusunda kendime yaşattığım stres benim kendi marifetimdi sanırım," diye anlattı. "Görece yaşlı bir kadın olarak kendimi kanıtlama ihtiyacımdan dolayı yeniden işe girmemdi bunun kaynağı. Bir başkası, olan biten karşısında çok daha farklı bir tepki verebilirdi. Ama işimi iyi yapma arzusu benim doğamda var; ayrıca eleştiri karşısında da oldukça duyarlı sayılırım.

Dolayısıyla eve gelip bu eleştiriler karşısında kendimi kahreder, bunları kafamda tekrar tekrar döndürüp dururdum."

Claire kendisindeki aşırı uyarılmışlık durumunun da farkındaydı. "Sonunda, artık uykuya dalamadığım bir noktaya geldim. İnsanları uykuya gönderiveren o düğme bende çalışmaz oldu. İster gün içinde kestirmeye çalışayım ister gece yatağa gireyim, çalışmıyordu işte." Anlattığı şey onun gibiler için son derece tipik olan bir durumdu: gün içinde uyuma zorluğu ve aşırı uyarılmışlığın getirdiği tetiktelik artışı. "Beynim çalışmak için öyle büyük bir çaba içine girmiş ve o kadar çok adrenalin üretmek zorunda kalmıştı ki, sürekli olarak ayaktaydı. Dinlenemiyordu bir türlü."

Ne var ki, birkaç yıl boyunca korkunç bir uyku sıkıntısı çektikten sonra Claire duvara toslamıştı.

Her şey zam istedikten sonra başladı. Sıkı pazarlık süreci bana fazla ağır geldi ve kısacası düşüşe geçtim. Olanlara verdiğim tepkiyle uykusuzluk bir araya gelince derin bir depresyona girdim ve bundan nasıl kurtulacağımı da bilmiyordum. Depresyon insomninin şiddetlenmesine, bu da depresyonun kötüye gitmesine neden oldu. Saçlarım artık avuç avuç dökülmeye başlamıştı. Yaklaşık yarısını kaybettim. Ama sanırım neyin neden olduğunu çok uzun bir süre anlamadım.

Claire'i tanıdığımda kaygı ve depresyon tanısı almış durumdaydı. Psikiyatrik sorunları için düzenli olarak gittiği bir hekim vardı. Çeşitli ilaçları denedikten sonra nihayet başladıkları antidepresanın epeyce yararını görmüştü. "Sanırım denediğimiz dördüncü ilaç gerçekten çok işe yaradı. Birkaç hafta sonra kendimi çok daha iyi hissetmeye başlamıştım. Uykum otomatik olarak düzelmedi, ama ruh halim çok değişti. Sanki bir bulut kalkmıştı üzerimden. Çocuklarımın doğduğu yirmi yıl öncesinden beri şu veya bu düzeyde depresyon yaşadığımı fark etmeme neden oldu bu. İlaç her şeyi değiştirmişti."

Ancak bu ilaca rağmen kaygı ve depresyonuyla ilgili bazı sorunlar hâlâ devam ettiği gibi, uykusu da hâlâ berbat durumdaydı. Sadece uykusunu hedef alan farklı ilaçlar denenmiş, bir kısmı kısa süreyle işe yarasa da neticede etkilerini kaybetmişlerdi. Diğer bir kısmı ise Claire'in, bir zamanlar daha hafif seyreden huzursuz bacak sendromunun (ki bu da durumunu karmaşıklaştıran talihsiz bir etkendi) şid-

detlenmesine neden olmuştu. Denediği bir şey de, kabullenme ve adanma terapisi olarak bilinen bir psikoterapi yöntemi olmuştu. Bu yaklaşım insanlara insomnilerini kabullenmeyi veya benimsemeyi öğreterek, uykusuzluğun getirdiği stres duygusunu azaltmayı hedefler. Ancak Claire üzerinde herhangi bir etkisi olmamıştı.

Claire'in insomnisi, yaşadığı çöküşten bir yıl sonra hâlâ sürmekteydi. Artık gece saat onda bitkin vaziyette yatağa giriyor, ama girer girmez de o tuhaf uyarıcı tepkiyi hissediyordu: uykuya dalmayı sağlayan anahtarın yok oluverdiği hissini. Sopanın ucuna bağlanmış bir havucu kovalıyordu sanki. Ne zaman ona yaklaşsa, uyku kaçıyordu ondan. Uyuyabilmek umuduyla yatakta üç veya dört saat yattıktan sonra nihayet pes ediyor ve aşağı iniyordu. Yirmi saatin üzerinde uyanık kalmış olmanın verdiği bitkinliğin, damarları ve beyninde pompalanmakta olan adrenalin ve kortizolün etkisine üstün gelmesiyle, sonunda sabahın üç veya dördünde uyuyakalıyordu. Alarm daha çalmadan uyandığı saat ise sabah altı ile yedi arasıydı.

*

İnsomninin psikolojik veya psikiyatrik sorunlarla olan ilişkisi karmaşıktır. Daha önce de söylediğim gibi, insomninin daha şiddetli tipleri için yaygın olan aşırı uyarılmışlık durumunun altında kaygının bir formu yatıyor olabilir. Uykuları kısa süren insomnili kişiler genellikle kötü ruh hali, yorgunluk ve sağlık kaygılarıyla belirli bir psikolojik profil sergilerler. Uyku durumu yanılgısı yaşayanlarda, kötü ruh hali ve kaygı açısından diğer grupla örtüşmeler olsa da onların eğilimi daha çok düşünüp taşınmak, her şeyi tekrar tekrar gözden geçirmek ve zihni istila eden düşüncelerin peşine takılmaktır. Psikolojik tablodaki bu incelikli farklardan ve onlarla ilgili olarak hormonlar ve kardiyovasküler sistemde görülen fiziksel düzensizliklerden yola çıkan bazı araştırmacılar, bu iki insomni tipinin temelde çok farklı olduğu sonucuna varmışlardır. Normal uyku süresine sahip insomnili kişiler (uyku durumu yanılgısı yaşayanlar) aşırı uyarılmışlıkta görülen bedensel etkileri yaşamadıklarından, daha az sayıda uzun dönemli sonuçla baş etmek zorunda kalırlar ve tedaviye daha çok cevap verirler.

Aşırı uyarılmışlığın getirdiği fiziksel sonuçları ("savaş ya da sıvış" tepkisini ayarlayan kimyasal ve biyolojik sistemlerdeki etkinlik artışını) yaşayan ve uyku süreleri kısa olan insomnili kişiler farklı bir psikolojik profil sergilerler; insomniyle ilişkili sağlık sorunları bakımından daha büyük risk altındadırlar ve tedavileri de daha zordur.

Sonuç olarak psikiyatrik sorunlar gerçekten de insomniye yol açabilir. Klinik depresyon tanısı konmuş kişilerin yüzde 90'ında insomni de vardır. Henüz bir tıp öğrencisiyken, bize sabahın çok erken saatlerinde uyanmanın depresyonun bir göstergesi olduğu, ama başka insomni türlerinin de (örneğin uykuya dalma ve uykuyu sürdürmenin güç olduğu türler) yaygın olduğu öğretilmişti. Şizofreni hastalarında insomni genellikle çok şiddetlidir ve uyumanın giderek zorlaşması çoğunlukla bir psikotik evreye girilmekte olduğunun habercisidir. Ancak uykuyla psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişki ters yönde de işleyebilir. İnsomni psikiyatrik bozuklukların gelişmesinde başlı başına bir risk faktörüdür ve bu bozuklukların tedavisini güçleştirici etki de gösterebilir. İnsomninin varlığı, diğer bütün etkenlerden bağımsız olarak, ardından gelecek bir depresyon için riski yükseltir ve bu durum özellikle de uykuları kısa süreli olan insomni hastaları için geçerlidir. Depresyon zaten varsa, insomni intihar düşüncelerinin artmasına ve depresyonun nüksetmesine yol açabilir. İşin içine bir de insomni girdiğinde depresyonlu hastalar tedaviye daha dirençli olurlar.

Ancak bu konuda yanıtlanmamış birtakım sorular vardır. Bu henüz emekleme dönemindeki bir bilim alanı olduğundan, ne uykuyla zihinsel sağlık arasındaki ilişkinin inceliklerini ne de altta yatan temel nedeni henüz tam olarak anlayabilmiş değiliz. Hem insomni hem de psikiyatrik bozukluklar beynin devrelerinde ve biyokimyasında değişikliklere yol açar. Dolayısıyla uyku ya da zihinsel sağlıkta görülen değişimlerin birbirini doğrudan etkilemesi şaşırtıcı değildir. Hem tavuk hem yumurtadır ikisi de. Ancak ikisini de insomni ve psikiyatrik sorunlara yatkın hale getiren genetik etkenlerin varlığı da söz konusu olabilir, ki bu da bu araştırma alanının karmaşıklığına bir katman daha ekler. Gerçek doğası nasıl olursa olsun bu ilişki, psikiyatristlerin ve uyku hekimlerinin, en aşina oldukları probleme odaklan-

mayıp bütünsel bir yaklaşımla düşünmek, belirli bir alanda eğitim görmüş olmanın kendilerine taktığı at gözlüklerini çıkararak hastalarına geniş bir perspektiften bakmak zorunda olduklarını vurgular.

*

İnsomni tedavisi için geliştirilen stratejiler tarihsel olarak ilaçlara odaklanmıştır. Piyasaya 1960'ların başlarında giren benzodiazepinler hızla insomni ve kaygı için önerilen başlıca maddeler haline gelip bol miktarlarda kullanılır oldular. Öylesine revaçtalardı ki, keyif amaçlı uyuşturucu kullanımı konusunda hiç de gönülsüz oldukları söylenemeyecek Rolling Stones grubu, Valium'a övgü niteliğinde bir şarkı bile yazmıştı: "Mother's Little Helper" ("Annenin Küçük Yardımcısı"). Ancak son birkaç onyıl içinde benzodiazepinlerin ve onlarla ilişkili zolpidem ve zopiklon gibi ilaçların tehlikeleri bariz hale geldi: sabah alınan sakinleştiricilerle trafik kazaları, düşme ve kalça kırıkları gibi durumların ortaya çıkma riskinin artması; uyurgezerlik ve başka REM-dışı parasomnilerin tetiklenmesi; ve bilhassa, uyku üzerindeki etkiyi korumak amacıyla giderek artan dozlarda alınan ilaçlara bağlı yoksunluk etkileri ve bağımlılık.

Bunun sonucunda bu tip ilaçlardan uzaklaşılarak melatonin, antihistaminler ve yatıştırıcı antidepresanlar gibi başka kimyasallara geçiş yapıldı. Bunların hepsi kendine özgü sorunlara ve farklı yan etkilere yol açsa ve etkileri zamanla zayıflasa da, doğru şekilde kullanıldıklarında büyük fark yaratabilirler.

Asıl endişe verici olan, hipnotik ilaçların –özellikle de benzodiazepinler ve ilgili ilaç grubunun– sonradan gelişecek demans riskini artırdığına dair kanıtların birikmekte olmasıdır. Ancak uykuyla ilgili birçok durum gibi bu da karmaşık bir alandır. Glenfatik sistemden daha önce söz ettik. Beyinde yer alan ve atıkların uzaklaştırılmasından sorumlu bir kanallar ağından oluşan bu sistem, bu yönüyle, lenfatik sistemin vücudun geri kalanında yaptığı işin bir benzerini yapar. Derin uyku sırasında bu kanallar yüzde 60'a varan oranda açılarak, beta-amiloid (Alzheimer hastalığının temelinde yatan süreçte rol oynayan protein) gibi potansiyel olarak zehirli maddelerin beyinden

uzağa taşınmasını sağlar. Derin uyku beynin temizlenmesine yardımcı olur, dolayısıyla insomni ya da başka bir nedenden dolayı uykudan yoksun kaldığınızda beynin bu arınma süreci olumsuz etkilenir. Uyku yoksunluğunun sonucunda bu kanalların içindeki sıvıda beta-amiloid düzeyleri yükselir; bu da söz konusu proteinin ve diğer toksinlerin beyin-omurilik sıvısına (beyin ve omuriliği yıkayan sıvı) geçerek bertaraf edilme sürecinin aksadığı anlamına gelir. Sonuç olarak uyku yoksunluğu ve kısa uyku süreli insomni, Alzheimer hastalığı için pekâlâ başlı başına bir risk faktörü olabilir.

Olası bir açıklama daha vardır. Birçok dejeneratif beyin bozukluğunda, belirtiler daha bariz hale gelmeden yıllar, hatta onyıllar önce belli belirsiz değişimler ortaya çıkmaya başlamıştır bile. Rüyalarını bilfiil canlandırma davranışına giren John'u (ki bu davranış çok sonraları ortaya çıkabilecek Parkinson hastalığının bir öncülüdür) ve bozukluğun kaygıyla olan ilişkisini düşünün. Alzheimer hastalığında, belleğin gerilemesinden yıllar önce beyindeki biyokimyasal yollarda gerçekleşen değişimlerin, uykunun kötüleşmesi ve kaygıyla sonuçlanıyor olması mümkündür. Belki de insomni Alzheimer hastalığının nedeni değil, hastalığın çok erken dönemlerinde işleyen süreçlerin bir sonucudur.

Kötü uykuyla Alzheimer hastalığı arasındaki bu ilişkinin niteliği henüz bütün yönleriyle çözümlenmiş değildir; ancak doğası ne olursa olsun, hem bu hem de diğer ilaç temelli tedavilerle ilgili kaygılar insomniyi tedavi biçimimizi büyük bir dönüşüme uğratmış ve özellikle de ilaçsız tedavilere muazzam bir yönelim başlamıştır. Üzerinde en kapsamlı çalışılan ve en yaygın kullanılan yöntemlerden biri, bilişsel davranışçı insomni/uykusuzluk terapisi olarak bilinir. Bu tedavi yöntemi, insomni hastalarının beyinlerini yeniden programlamak için davranışsal tekniklerden yararlanır.

Rus bilimci Ivan Pavlov 1890'larda köpeklerle deneyler yapmaya başlamıştı. Odaya her girdiğinde, köpeklerinin ağızlarının yiyecek beklentisiyle sulandığını fark etmişti Pavlov. Ona göre yiyecek karşısında ağızlarının sulanması beyin devrelerine kazınmış bir tepkiydi, ancak kendisini yiyecekle ilişkilendirmeleri, öğrenilmiş bir şey olmalıydı. Ardından köpekleri, yiyeceği bir zil sesiyle ilişkilendir-

mek üzere eğitmeye başladı. Köpekler çok kısa sürede zilin sesiyle birlikte salya akıtmaya başlar oldular. Bu fenomen koşullama (şartlama) olarak bilinir, öğrenilmiş bir tepkiye işaret eder ve insanlar da koşullanmaya açık olmaları bakımından Pavlov'un köpeklerinden farksızdırlar. Geçmişte hastalanmanıza neden olmuş bir yiyecek ya da içecek düşünün. Büyük olasılıkla bu yiyecek ya da içeceğin görüntüsü, hatta bahsi bile midenizin bulanmasına yetecektir. Ancak koşullanma uyku için de geçerlidir.

Eğer herhangi bir uyku sorununuz yoksa yatak odanızın size çağrıştırdığı şey uykunuzun gelmiş olması, battaniyenin altına süzülüp başınızı yastığa koyduğunuzda hissettiğiniz o rahatlama duygusu ve uykuya dalıp giderken üzerinizden geçen o huzur dalgası olacaktır. İnsomnili bir kişinin koşullu tepkisi ise bundan çok farklıdır. Yatak odası onun için stres ve kaygının, kendisini bekleyen gece saatleri karşısında duyduğu dehşetin mekânıdır. Yatağın kendisi ise zihinsel veya fiziksel uyarılmışlığı üst noktaya taşıyarak uyumayı daha da güç kılar. Claire'in dediği gibi: "Yatağım bir ızdırap mekânı, yatak odam da bir işkence odası haline gelmiş durumda."

Bilişsel davranışçı insomni terapisinin temeli, kişinin, yatağı karşısında verdiği olumsuz koşullu tepkiyi kırıp olumlu bir çağrışım kurabilmektir. İşin püf noktası, yatağa dair işkence odası algısını kırıp onu yeniden bir sığınak haline getirmektir. Bunun birkaç yolu vardır. Birincisinde, kişinin uyanıkken uzun sürelerle yatakta yatmasının önlendiği ve uyumak için birkaç dakika çabaladıktan sonra yatak odasını terk etmesini öngören katı bir program uygulanır. Yatak odası uyku dışında hiçbir şey için kullanılmayacaktır. İlk bakışta yöntem sezgilere biraz aykırı gibidir. Ne de olsa insomnili bir kişinin son isteyeceği şeydir uykudan yoksun kalmak. Ama insomniden yakınan çoğu kişi, kötü uykuyu yatakta daha fazla zaman geçirerek telafi etmeye çalışır. Bu ise uyanıkken yatakta geçirilen süreyi uzatmaktan, dolayısıyla da olumsuz koşullanma tepkisini güçlendirmekten başka şeye yaramaz. Dolayısıyla yatakta geçirilen süreyi birkaç hafta boyunca yaklaşık beş saatle sınırlandırmak, beyinde bir uyku dürtüsü oluşturacaktır. Claire'in sabah saat üç ya da dörtte uyuduğu zamanlarda olduğu gibi, uyku yoksunluğu er veya geç aşırı uyarılmışlık du-

rumuna baskın gelir ve uyku başlar. Yatakla uyku arasındaki ilişkiyi yeniden kurmak için çok önemli bir adımdır bu.

İnsomni tedavisi için uyku yoksunluğundan yararlanma stratejisinin en uç biçimi Avustralya'da, uyku için yoğun yeniden eğitim programı adıyla bilinen deneysel bir tekniğe uyarlanmıştır. Teknikte hastalardan, uyku laboratuvarına gelmeden önceki gece yatakta beş saatten uzun kalmamaları istenir. Program gece 22:30'da başlar. İzleyen 24 saat boyunca, başına elektrotlar yerleştirilmiş olan hastaya her 30 dakikada bir uyuma şansı verilir ve 20 dakika içinde uykuya dalmazsa kalkması istenir. Ancak beyin dalgalarınca doğrulandığı üzere uyumayı başarırlarsa, üç dakikalık uykunun ardından uyandırılırlar. Bu şekilde 24 saatlik sürenin sonunda, uyumak için 48 kez şans tanınmış olur onlara. Kural olarak, programın sonunda uyku yoksunlukları öyle bir noktaya varmıştır ki kendilerine izin verildiği anda uykuya dalarlar. Yatak ile uykuyu ilişkilendiren koşullu tepki yeniden kurulmuştur. Bu doğrudan Guantanamo Körfezi'nden çıkma bir teknik gibi görünse de, deneylerden elde edilen sonuçlar etkileyicidir. Bu kısa süreli keskin şok, yatağa girme tepkisini hızla yeniden koşullayarak uykuda da kendini hızla gösteren olumlu gelişmelerle sonuçlanır.

Bilişsel davranışçı insomni terapisi de benzer ilkelerden yararlanır, ancak bu kadar acımasız olmadığı gibi, rahatlama sağlamak ve aşırı uyarılmışlıkla baş etmek, ayrıca "uyku hijyeni" (parlak ışık ve kafeinden kaçınmak, kendine yeterli gevşeme süresini tanımak gibi uykuyu destekleyici davranışlar için kullanılan terim) yöntemlerini öğretmek üzere başka teknikleri de bünyesine katar. Sonuçları ise aynı derecede iyidir. Uykuda kısa dönemde görülen iyileşme, hipnotik ilaçlarla olduğundan farksız hatta daha ileri düzeydedir ve sağlanan yararların üç yıla kadar sürdüğü gösterilmiştir.

Bu yüzden bilişsel davranışçı terapi genellikle insomni için ilk tedavi seçeneği olarak önerilir; bazen ilaçlar da kısa veya orta vadede tedaviye eklenir. Bu terapi yöntemi kimi zaman uyku için alınan uzun dönemli ilaçların kademe kademe bırakılmasına destek olarak da kullanılır.

Devam etmekte olan insomnisi için Claire'le tedavi seçeneklerini

mek üzere eğitmeye başladı. Köpekler çok kısa sürede zilin sesiyle birlikte salya akıtmaya başlar oldular. Bu fenomen koşullama (şartlama) olarak bilinir, öğrenilmiş bir tepkiye işaret eder ve insanlar da koşullanmaya açık olmaları bakımından Pavlov'un köpeklerinden farksızdırlar. Geçmişte hastalanmanıza neden olmuş bir yiyecek ya da içecek düşünün. Büyük olasılıkla bu yiyecek ya da içeceğin görüntüsü, hatta bahsi bile midenizin bulanmasına yetecektir. Ancak koşullanma uyku için de geçerlidir.

Eğer herhangi bir uyku sorununuz yoksa yatak odanızın size çağrıştırdığı şey uykunuzun gelmiş olması, battaniyenin altına süzülüp başınızı yastığa koyduğunuzda hissettiğiniz o rahatlama duygusu ve uykuya dalıp giderken üzerinizden geçen o huzur dalgası olacaktır. İnsomnili bir kişinin koşullu tepkisi ise bundan çok farklıdır. Yatak odası onun için stres ve kaygının, kendisini bekleyen gece saatleri karşısında duyduğu dehşetin mekânıdır. Yatağın kendisi ise zihinsel veya fiziksel uyarılmışlığı üst noktaya taşıyarak uyumayı daha da güç kılar. Claire'in dediği gibi: "Yatağım bir ızdırap mekânı, yatak odam da bir işkence odası haline gelmiş durumda."

Bilişsel davranışçı insomni terapisinin temeli, kişinin, yatağı karşısında verdiği olumsuz koşullu tepkiyi kırıp olumlu bir çağrışım kurabilmektir. İşin püf noktası, yatağa dair işkence odası algısını kırıp onu yeniden bir sığınak haline getirmektir. Bunun birkaç yolu vardır. Birincisinde, kişinin uyanıkken uzun sürelerle yatakta yatmasının önlendiği ve uyumak için birkaç dakika çabaladıktan sonra yatak odasını terk etmesini öngören katı bir program uygulanır. Yatak odası uyku dışında hiçbir şey için kullanılmayacaktır. İlk bakışta yöntem sezgilere biraz aykırı gibidir. Ne de olsa insomnili bir kişinin son isteyeceği şeydir uykudan yoksun kalmak. Ama insomniden yakınan çoğu kişi, kötü uykuyu yatakta daha fazla zaman geçirerek telafi etmeye çalışır. Bu ise uyanıkken yatakta geçirilen süreyi uzatmaktan, dolayısıyla da olumsuz koşullanma tepkisini güçlendirmekten başka şeye yaramaz. Dolayısıyla yatakta geçirilen süreyi birkaç hafta boyunca yaklaşık beş saatle sınırlandırmak, beyinde bir uyku dürtüsü oluşturacaktır. Claire'in sabah saat üç ya da dörtte uyuduğu zamanlarda olduğu gibi, uyku yoksunluğu er veya geç aşırı uyarılmışlık du-

rumuna baskın gelir ve uyku başlar. Yatakla uyku arasındaki ilişkiyi yeniden kurmak için çok önemli bir adımdır bu.

İnsomni tedavisi için uyku yoksunluğundan yararlanma stratejisinin en uç biçimi Avustralya'da, uyku için yoğun yeniden eğitim programı adıyla bilinen deneysel bir tekniğe uyarlanmıştır. Teknikte hastalardan, uyku laboratuvarına gelmeden önceki gece yatakta beş saatten uzun kalmamaları istenir. Program gece 22:30'da başlar. İzleyen 24 saat boyunca, başına elektrotlar yerleştirilmiş olan hastaya her 30 dakikada bir uyuma şansı verilir ve 20 dakika içinde uykuya dalmazsa kalkması istenir. Ancak beyin dalgalarınca doğrulandığı üzere uyumayı başarırlarsa, üç dakikalık uykunun ardından uyandırılırlar. Bu şekilde 24 saatlik sürenin sonunda, uyumak için 48 kez şans tanınmış olur onlara. Kural olarak, programın sonunda uyku yoksunlukları öyle bir noktaya varmıştır ki kendilerine izin verildiği anda uykuya dalarlar. Yatak ile uykuyu ilişkilendiren koşullu tepki yeniden kurulmuştur. Bu doğrudan Guantanamo Körfezi'nden çıkma bir teknik gibi görünse de, deneylerden elde edilen sonuçlar etkileyicidir. Bu kısa süreli keskin şok, yatağa girme tepkisini hızla yeniden koşullayarak uykuda da kendini hızla gösteren olumlu gelişmelerle sonuçlanır.

Bilişsel davranışçı insomni terapisi de benzer ilkelerden yararlanır, ancak bu kadar acımasız olmadığı gibi, rahatlama sağlamak ve aşırı uyarılmışlıkla baş etmek, ayrıca "uyku hijyeni" (parlak ışık ve kafeinden kaçınmak, kendine yeterli gevşeme süresini tanımak gibi uykuyu destekleyici davranışlar için kullanılan terim) yöntemlerini öğretmek üzere başka teknikleri de bünyesine katar. Sonuçları ise aynı derecede iyidir. Uykuda kısa dönemde görülen iyileşme, hipnotik ilaçlarla olduğundan farksız hatta daha ileri düzeydedir ve sağlanan yararların üç yıla kadar sürdüğü gösterilmiştir.

Bu yüzden bilişsel davranışçı terapi genellikle insomni için ilk tedavi seçeneği olarak önerilir; bazen ilaçlar da kısa veya orta vadede tedaviye eklenir. Bu terapi yöntemi kimi zaman uyku için alınan uzun dönemli ilaçların kademe kademe bırakılmasına destek olarak da kullanılır.

Devam etmekte olan insomnisi için Claire'le tedavi seçeneklerini

konuştuktan sonra, ilk aşamada daha da fazla ilaç eklemekten kaçınarak bu yöntem üzerinde karar kıldık. Bilişsel davranışçı uyku terapisi başladıktan birkaç hafta sonra yeniden görüştüğümüzde, "Tedaviye biraz kuşkuyla yaklaşmıştım, çünkü şimdiye kadar öyle çok şey denedim ki..." diye itiraf etti bana. "Sadece ilaçlardan medet umuyordum. Kimsenin bana yardımcı olabileceğine inanmıyordum." Bana geldiğinde uyku terapistiyle iki kez görüşmüş durumdaydı ve terapi programını harfi harfine izlemekteydi. Yatakta geçirdiği süre artık yedi saati aşmıyordu.

Gecenin on birine kadar dakikaları sayıyorum çünkü fena halde uykum gelmiş oluyor ve uyanık kalmakta çok zorlanıyorum. Beklemedeyim hep. Gevşemek için de zaman tanıyorum kendime; bir saatim küveti doldurup mumları yakmakla geçiyor. Sabahları alarm saat altıda çaldığında hemen kalkmak zorundayım. Doğrudan aşağıya inip orada öylece otururken kendime biraz acımıyor da değilim. Bunu hiç aksatmadan üç hafta boyunca yaptım ve her şey giderek düzelir oldu. Buna güçlükle inanabiliyorum ama uyuyorum artık. Beni uykuya iten düğme yeniden çalışmaya başladı gibi!

Kulağa gerçek olamayacak kadar güzel geliyordu söyledikleri, bu yüzden uyku terapisti de ben de fazla iyimser olmaktan kaçınıyorduk. Ama Claire dönüşüm geçirmiş gibi hissediyordu kendini. "Kendimi en son ne zaman bu kadar insan gibi hissettim, neredeyse hatırlamıyorum. Hem enerji doluyum hem de odaklanabiliyorum artık. Yaşamımda artık beni nelerin beklediğini düşününce o kadar heyecanlanıyorum ki." Bıraktığım kuşku payına rağmen, Claire bilişsel davranışçı uyku terapisinin sıkı programına üç ay boyunca devam etti ve bu sürede insomniyi kendinden uzaklaştırabildi. Uykusunda yaşadığı olumlu gelişmelerle, huzursuz bacakları da düzelme yoluna girmişti.

Ancak izleyen birkaç ay pürüzlerle doluydu. Ortada bariz herhangi bir neden olmaksızın birden kaygısı geri geldi ve uykusu yine bozuldu. Claire bunu uyku programında disiplini elden bırakmış olmasına bağlasa da, ben bundan o kadar emin değildim. Bunun, kendisiyle ilgili beklentilerini inanılmaz ölçüde yüksek tutma ve çevresindeki her şeyin sorumluluğunu üstlenme eğiliminin ve hayatındaki her şeyi kontrolü altında tutamayacağını kabul etmedeki isteksizliğinin

bir parçası olduğuna inanıyordum. Depresyon ve kaygı için aldığı ilaçların dozunu artırdık ve ona psikolojik sorunlarını bir klinik psikolog aracılığıyla yeniden ele almamızı önerdim. Yavaş ama kararlı biçimde iyileşmeye başladı. Klinik psikoloğun yardımıyla, kendisini gereksiz yere stres altına sokan davranış ve düşünme örüntülerini, kendini maruz bıraktığı baskıyı, yaşamı ve başarıları hakkındaki olumsuz düşüncelerini fark edebildi. Daha önceleri olsa büyük stres yaratabilecek görece önemsiz olayların duygusal sonuçlarını hafifletmeyi öğrenmesi, yıkıcı düşünme süreçleri hakkında kazandığı bu farkındalık sayesindeydi. Başvurduğu bir ilave terapistin de yararı oldu.

Tanışmamızdan dokuz ay kadar sonra onunla yeniden konuştuğumda, kendisini "harika" hissettiğini söyledi. Kaygı ve ruh durumu sorunları azalmış ve uykusu düzene girmişti. Başı yastığa değdiği an uykuya dalabiliyordu artık. Üstelik ilaçsız. Hâlâ düşük dozda antidepresan almakla birlikte, bunu da kademeli olarak azaltmaya başlamıştı. Beş yıldır ilk kez normal hissediyordu kendini.

*

İnsomnisi olan herhangi birine, uykunun onun için ne anlama geldiğini soracak olursanız, uykunun taşıdığı önem ânında bariz hale gelecektir. Yaşamın uyanık olduğumuz kesitini bütün yönleriyle etkiler uyku: ruh hali, enerji düzeyi, bilişsel beceriler, bellek, bağışıklık sistemi, metabolizma, iştah, kaygı düzeyleri gibi. Çevremizdeki herkesle ve kendimizle olan ilişkimizi etkiler. Claire'in dediği gibi: "Uyku her şeyi değiştiriyor. Onsuz hayati işlevlerini yürütemiyor insan. Bir süre deniyorsunuz, ama sonra işler yavaş yavaş sistemin kapanması noktasına geliyor. Vücudumun kapandığını, beynimin kapandığını hissetmeye başlamıştım. Ama birden, uykuyla birlikte bütün sistem yeniden açılıyor."

Sonsöz

Uykuyla İlgili Bazı Genel Düşünceler

YEMEDEN HAYATTA KALABİLECEĞİNİZ SÜRE, uykusuz kalabileceğinizden daha uzundur. Uykunun yaşam için temel önem taşıdığı tartışma götürmese de, modern toplumda –en azından yakın zamana kadar– uykuyu öylesine oluveren bir şey, uyanık olduğumuz zaman hayatımızı sürdürebilmek için katlanmamız gereken bir durum olarak kanıksamıştık. Ancak yakın geçmişte ve büyük ölçüde de dünyanın dört bir köşesindeki sayısız meslektaşım sayesinde uykuyu algılama biçimimiz değişti. Uyku, iş ve toplumsal yaşamımızı sürdürmemizde bize ayakbağı olan, bizi üretken olmaktan alıkoyan biyolojik bir süreç olmaktan çıktı ve taşıdığı önem anlaşılmaya başladı. Uykunun fiziksel ve zihinsel sağlığımız, sportif becerilerimiz, bilişsel becerilerimiz, hatta mutluluğumuz üzerinde oynadığı rol artık yavaş yavaş takdir ediliyor, edilmeli de. Artık insanlar uykuyu ciddiye alıyorlar.

Mısır Rüya Kitabı'ndan ve hatta Freud'un eseri *Rüyaların Yorumu*'ndan bu yana çok yol katettik. Freud elbette kendisinden yarım yüzyıl sonra keşfedilen REM uykusunun varlığından haberdar değildi, ama uyku ve ilgili bozukluklar konusundaki anlayışımız son elli yılda bile müthiş arttı. Uyku apnesi tedavisinde kullanılan sürekli pozitif hava yolu basıncı yönteminin mucidiyle ilgili bir hikâye vardır. Kulağa uydurma gibi görünse de gerçektir bu. 1970'lerde bir konferansta açılış konuşması yapmak üzere Avustralya'dan Edinburgh'a çağrılmıştır araştırmacı. Konuşmasının sonunda Edinburgh'daki tıp profesörü ayağa kalkarak, Birleşik Krallık tıbbının ileri gelenlerinden oluşmuş dinleyicilere, uyku apnesinin "kendi ülkelerinde" olma-

dığını ve bunun belki de "onu tamamen kolonilere ihraç etmiş" olmalarından kaynaklandığını ileri sürer. Tanınmış Avustralyalı hekim bu sözler üzerine öyle bir şok yaşar ve kendini öyle bir hakarete uğramış hisseder ki, Birleşik Krallık'a yirmi yıl boyunca geri gelmez.

Bugünlerde böyle bir ifade, tıp açısından en bilgisiz insanlara bile akıl almaz gelecektir. 2013'te *British Medical Journal*'da bir pratisyen hekimin kaleme aldığı ve huzursuz bacak sendromunun, ilaç satışlarını kamçılamak isteyen ilaç şirketleri tarafından uydurulmuş bir bozukluk olduğunu ileri süren yazı bugün olsa yayımlanmazdı; en azından öyle umuyorum. Uyku ve rüyaların ruhani fenomenler oldukları anlayışı, yerini sağlam biçimde fiziksel dünyaya kök salmış ve nörolojik temellere dayanan bir anlayışa bıraktı. Uyku bozukluklarının Tanrı, büyü ya da akıl hastalığından değil, nörolojik, psikiyatrik ve solunumla ilgili işlev bozukluklarından kaynaklandığını anlamış bulunuyoruz. Dahası nörolojik, psikolojik ve kardiyovasküler sağlığın korunup düzenlenmesi için uykunun gerekli olduğunu da artık çok iyi biliyoruz.

Bu değişimi yönlendiren –ve değişimin kendisi tarafından yönlendirilen– şey, uyku tıbbının nörologlar, solunum hekimleri, psikiyatristler, kardiyologlar, psikologlar, kulak boğaz burun cerrahları ve diş hekimlerinin de katılımını gerektiren çok-disiplinli bir alan olduğu ve uyku araştırmalarının bütün bu alanlarda uzmanlaşmış biliminsanlarına ihtiyaç duyduğu görüşüdür.

Uyku araştırmaları alanındaki teknolojik ilerlemeler de bu bilimsel gelişmelerde çok önemli rol oynadı. Her şey EEG'nin uykunun farklı evrelerini tanımlamasıyla başlamış olsa da, artık hava akışını, göğüs ve vücut hareketlerini ölçmenin yollarını bulmuş durumdayız. Beynin ise günümüzde sadece yapısını değil, işlevsel MRG gibi teknikler ve radyoizotop bazlı PET ve SPECT taramaları sayesinde işlevlerini de görüntüleyebiliyoruz. Beynin derinlerindeki elektriksel etkinlikleri yerleştirdiğimiz elektrotlar aracılığıyla çözümleyebiliyor; hormonlar, genler, proteinler ve metabolizma ürünlerinin 24 saatlik döngü içindeki dalgalanmalarını izleyebiliyoruz. Beynin bir bölümüne ışık vererek genleri açıp kapamayı sağlayan laboratuvar tekniklerine de sahibiz. Genlerine müdahale ettiğimiz fareleri üretebiliyor,

muazzam sayıda insanın genomunu inceleyerek ortak genetik varyantlara ve bunların uykunun farklı yön ve bozukluklarıyla olan ilişkilerine bakabiliyoruz. İnsan genomunu oluşturan 3 milyar harflik dizilimdeki her bir genin konumunu belirleyerek, bir bireyin genetik kodunu görece düşük maliyetle çözümleyebiliyor, hastalığa neden olan ender mutasyonları bulabiliyoruz. Şimdi elimizin altında olan bu araçların çoğu sadece birkaç yıl önce hayal bile edilemezdi.

Uyku kliniğimde en çok işittiğim iki soru "Kaç saat uyku yeterlidir?" ve "Uyku takip cihazım hakkında ne düşünüyorsunuz?" olur hep. İlk soruya yanıt vermem; yani en azından saat sayısıyla. Zaten bu şekilde istesem de *yanıtlayamam.* Bu, "On yaşındaki bir çocuğun boyu ne olmalıdır?" sorusuna benzer. Kızımın sınıf fotoğrafına baktığımda çocukların arasında boy bakımından büyük farklılıklar olduğunu görürüm, ama bunların hepsi de normaldir. Bunun gibi, uyku ihtiyacı da kişiler arasında çeşitlilik gösterir. Genleriniz kadar uyku kalitenize de bağlıdır bu. Doğru uyku süresi, kendinizi dinçleşmiş hissetmeniz, gün içinde uykulu olmamanız, uykuya dalmada zorlanmaksızın normal bir saatte uykuya hazır olmanız için yeterli olan saat sayısıdır. Bunları düzenli olarak başarabiliyor, çalar saatiniz çalmadan uyanabiliyor, hafta sonları fırsatınız olduğu halde fazladan uyumak zorunda kalmıyorsanız, doğru uyku süresini tutturmuşsunuz demektir.

İkinci soruya gelince, karşımdakini incitmemek için bu konuda genellikle temkinli konuşmaya dikkat ederim. Her şeyin ölçülmesi gerektiği bir çağda yaşıyor ve ölçüleri sürekli olarak yaşamımıza uygulama ihtiyacı duyuyoruz. Kaç adım attığımız, kaç Instagram takipçimiz olduğu, ne kadar kazandığımız, kaç kalori tükettiğimiz ve tabii kaç saat uyuduğumuz giriyor bu ölçümlerin içine. Ancak uyku süresini takip etmenin gerçekten işe yaradığından emin değilim. Eğer yukarıdaki ölçütleri sağlıyorsanız, yani gün içinde kendinizi uykulu hissetmeden yaşamınızı yürütebiliyorsanız, büyük olasılıkla yeterli düzeyde uyuyorsunuz demektir. Kendinizi yorgun ve dinçleşmemiş hissediyorsanız da tahminen yetersizdir uykunuz ve bunu anlamak için bir uyku takipçisine ihtiyacınız yoktur. Fakat cihazı satın alıp paranızı boşa harcamış olmak dışında başka olumsuz yönleri de vardır

bunun. Bu cihazların şimdilik öyle çok da kesin sonuçlar verdiği söylenemez. Kolunuza beş farklı cihaz takın, uyku süreniz için birbirinden oldukça farklı beş tahmin alırsınız. Bu cihazlar uykuyu değil hareketi ölçerler ve kullandıkları algoritmaya bağlı olarak, gerçek uyku süresinden farklı derecelerde ayrılan hatalı sonuçlar verirler.

Öte yandan insomninizin uyku durumu yanılgısıyla ilişkili olduğunu, yaşadığınız insomni deneyiminin, gece az uyumuş olmanızdan kaynaklanmadığını kanıtlayabildikleri durumlarda işe yarayabilirler. Bu ise verilerin güvenilir olmasını, taktığınız cihazın uykunuz hakkında son derece isabetli bir tablo sunduğuna güvenmenizi gerektirir. Bir mesele daha vardır. İnsomni yaşadığınız için uykunuz hakkında zaten endişe duyuyorsanız, uykunuzu sürekli takip etmek bu endişeleri ve uyku takıntınızı güçlendirerek durumu daha da kötü hale getirebilir. Bunun bir adı da var artık: ortosomni. Bu terim, uyku takip cihazlarıyla edindikleri sağlıksız verilere dayanarak insanların kendilerine çeşitli uyku bozukluklarının tanısını koymalarını ifade eder. Uyku birçok kişi için öznel bir deneyimdir ve insomni de sıklıkla normal uyku süresiyle ilişkilendirilir; dolayısıyla siz uyku takip cihazınızda derin uyku sonucunu görmeyi beklerken cihazın size hafif bir uyku uyumuş olduğunuzu bildirmesi, kendi uykunuzla ilgili algınız üzerinde başlı başına büyük bir etki gösterebilir.

Bütün bunlar bu cihazların tümüyle işe yaramaz olduğu anlamına gelmez. Bir kere, bilişsel davranışçı insomni terapisi gibi müdahalelerle alınan olumlu ya da olumsuz sonuçları izleyebilir ve asıl önemlisi, araştırmacılara uyku örüntüleriyle ilgili "büyük veriler" sağlayabilirler – yani uykunun niceliğini belirlemek için kullanılan kusurlu bir teknikten kaynaklanan "gürültü", verilerin muazzam sayıda bireyden gelmesi nedeniyle hafifler. Ancak bireysel düzeyde, özellikle de kliniğimde önümde oturan kişiler söz konusu olduğunda, cihazın yararı konusunda ciddi kuşkularım var. Yatakta kaç saat geçirildiği konusundaki saplantı, doğruluğu kesin olmayan sonuçlarla birleştiğinde, bu sayfalarda anlatmaya çalıştığım şeyleri gözden kaçırmamızla sonuçlanır: yani devrede biyolojik, psikolojik, davranışsal, çevresel birçok etken olduğunu ve uykunun niteliği kadar nicel özelliklerinin de bunların hepsinden birden etkilendiğini.

Vurgulanması gereken bir nokta da, uyku ile fiziksel ve zihinsel sağlık arasındaki ilişkinin araştırıldığı çalışmaların çoğunun kusursuz olmayışıdır. Size anlattığım hasta hikâyelerinden anlaşılacak çok bariz bir şey varsa, o da kendi uykumuzun tanıkları olarak çoğunlukla güvenilmez olduğumuzdur. Gece saatlerini algılayış biçimimizle gerçek sıkça bütünüyle farklıdır birbirinden. Bu çalışmalardaki temel sorunlardan biri de, büyük ölçüde katılımcıların anlattıklarına yaslanıyor oluşumuzdur. Herkesi uyku çalışmasına almak ise hem aşırı pahalı hem de uygulamada imkânsızdır, en azından şimdiki tekniklerle. Dolayısıyla büyük popülasyonları ele alıp uyku etkenlerini yüksek tansiyon, kalp hastalıkları, Alzheimer hastalığı ve benzerleriyle ilişkilendirdiğimizde, insomni ya da uyku yoksunluğu olarak etiketlenmiş grubun gerçekte karışık bir grup olması ihtimali yüksektir. İnsomni örneğini ele alırsak, bazı kişilerde uyku süresi normal, bazılarında kısa olacak, bazıları insomniye neden olan ilaçlar alırken, daha fazla sayıda kişi de tıbbi nedenlere bağlı ağrı veya solunum sorunlarından dolayı uykusuzluk çekiyor olacaktır. Uyku süresini ölüm oranlarıyla ilişkilendirdiğimizde ise, değerlendirmelerimizi her ne kadar bilinen etkenler ışığında yapsak da, bütün etkenleri göz önünde bulundurmak ya da yedi saatin üzerinde uyuduğunu bildiren herkesin gerçekten bu süreyle uyuduğundan emin olmak neredeyse tümüyle imkânsızdır.

Yanlış anlamayın lütfen: Uyku sorunlarının fiziksel ve zihinsel sağlık üzerinde gerçekten de temel nitelikte sonuçlar doğurabildiği konusunda en ufak bir kuşkum yok. Sadece bu konuda henüz tam anlamıyla kavrayamamış olduğumuz incelikler, henüz su yüzüne çıkaramadığımız nüanslar olduğuna inanıyorum. Elimizdeki teknolojiler geliştikçe ve uzun dönemde hareketleri değil uykunun kendisini takip edebildiğimizde, bu incelikler belki de daha açık hale gelebilir.

Kitapta önemli bir mesaj daha vermeye çalıştım. Gözlerimi kapar kapamaz uykuya daldığım günler çok geride kaldı. Başım yastığa değer değmez, yazmam gereken makaleler, vermem gereken dersler, yazılmamış mektuplar, aranması gereken hastalar, ayarlanacak toplantılar doluşur zihnime daha çok. Öte yandan bazen kliniğime gelen narkolepsi hastalarımın, bir an durumları hakkında konuşurken bir

an sonra uyuyakaldıklarını görürüm. Küçük kızımı yatağına yatırdığımda ise gözleri bir anda kapanır, sanki bir düğmeye basmışınız da ışığı bir anda söndürmüşsünüz gibi. Hem ona hem de hastalarıma baktığımda, uyku ve uyanıklığı neden belirgin sınırlara sahip ve bütünüyle farklı iki evre gibi gördüğümüz açıklık kazanır zihnimde. Uykunun Doğu'suyla, uyanıklığın Batı'sını birbirinden ayıran bir Berlin duvarı, betonarme bir yapı gibidir bu sınır. Ama görünüşte katı olan bu bölümlenme, bazen birlikte bazen birbirlerine karşıt yönde çalışarak dış ve iç dünyamızla olan ilişkimizin düzeyini ayarlayan beyin çekirdekleri, nöron ve devrelerin birbirleriyle inanılmaz karmaşıklıktaki bir koreografiye göre yaptıkları dansa ters düşer. İlgili beyin alanları sirkadiyen ritmimizi ayarlamak, uyumamızı sağlamak ve bizi uykunun evreleri arasında yönlendirmek için birbirleriyle uyum içinde çalışırlar. Biz gece içinde yol aldıkça, bu devreler de hafif uykudan derin REM-dışı uykuya, oradan REM uykusuna yaptığımız dört veya beş geçişe kılavuzluk eder.

Hepimizin bildiği gibi, bir sistem ne kadar karmaşıksa aksaklık görülme olasılığı da o kadar yüksek olur. Teknik bir sorunla karşılaştığım her seferinde hastanedeki bilgisayar mühendislerinin, kâbusu andıran bilişim teknolojisi sistemlerimizle boğuşmalarını izler ve donduğu zaman hesap makinesini kapatıp açtığımız o eski günlerin gerçekten de geride kaldığını bir kez daha fark ederim. Beynimizin insan yapımı bütün sistemlerden daha çapraşık olduğunu düşünürsek, böylesine karmaşık bir sistemin daha sık arızalanmaması şaşırtıcıdır aslında.

Uyku bozuklukları yelpazesi geniştir. Fazla uyuyanlardan yetersiz uyuyanlara, yanlış zamanlarda uyuyanlardan yanlış biçimlerde uyuyanlara kadar birçok farklı grubu içeren bütün bu uyku bozuklukları bize beynin işleyişi hakkında kavrayış kazandırır; beynin uykuyu nasıl etkilediğinin yanı sıra uykunun beyni nasıl etkilediği konusunda bilgi verir.

Beynin uyanıklıktaki işlevleri ve işlev bozuklukları çok çeşitlidir. Gün içinde, bizi insan ve bilinçli birer varlık olarak tanımlayan ne varsa –duygularımız, anılarımız, idrakimiz– hepsini deneyimleriz. Bunlarla ilgili süreçler aksadığındaysa çeşitli bozukluklar yaşarız:

kaygı, depresyon, demans, epilepsi, migren vs. Ancak beyinlerimizin geceleri "kapandığını" düşünsek de, bu tür şikâyetlerden yakınan hastalar bunun tam tersinin doğru olduğunu gösterir bize. Beynin işlevleri ve işlev bozuklukları gündüzleri ne kadar çok ve çeşitliyse geceleri de öyledir; üstelik gündüz yaşamımızı bütün yönleriyle etkilerler.

Bununla birlikte, gece ve gündüz yaşamımız arasındaki ilişkiyi anlama yönünde kaydettiğimiz muazzam ilerlemeye karşın, buzdağının ancak tepesini gördüğümüzü düşünmeden edemiyorum. Henüz yanıtlanmamış çok soru var zira. Bunlardan bir kısmı neredeyse akıl almaz ölçüde büyük sorular: rüya görmenin gerçek işlev(ler)i veya uykumuzu iyileştirmek yoluyla Alzheimer hastalığını gerçekten önleyip önleyemeyeceğimiz gibi. Bu ölçüde asli olmayan bazı sorular ise belirli bozukluklardan yakınan insanlar için yine de aynı derecede önemli: narkolepside bağışıklık sisteminin nöronları nasıl bir kesinlikle hedef aldığı, Kleine-Levin sendromuna gerçekte neyin neden olduğu veya bu bozukluklar için kesin tedavinin olup olmadığı gibi.

Ancak büyük umutların da yeşerdiği bir çağda yaşıyoruz. Genetik, sinirbilim ve teknoloji disiplinleri ilerledikçe, uyku üzerinde çalışmak için ihtiyaç duyulan teknikler de şaşılacak bir hızla gelişiyor. Sadece hareketi değil uykuyu da evde uzun süre takip etme becerisini kazanmanın işe yarayacağı kesin. Çok büyük sayıda bireyin genetiğini belirleyip çözümleme yöntemlerinin de yardımı dokunacak. Beyin üzerinde çalışmak ve onun üzerinde etkide bulunabilmek için geliştirilecek yeni teknikler ise (manyetik alanlardan veya elektriksel uyarımlardan yararlanılmasına benzer şekilde) bize yeni kavrayışlar kazandıracak. Bütün bunlara paralel olarak, "büyük verilerin" (örneğin çok büyük popülasyonlara ait tıp verileri ve uyku parametreleri) toplanıp analiz edilmesi için yeni teknolojik çözümler üretilmesi de büyük önem taşıyacak.

Sonuç olarak, uykuyla ilgili bu sorunlardan birçoğunun cevaplandığını görebilmeyi umuyorum. Ve kliniğimde otururken, hastalarımın bana yönelttiği sorular karşısında "Ne yazık ki bilmiyorum," demek zorunda kalmayacağım günleri iple çekiyorum.

—

Teşekkür

HER ŞEYDEN ÖNCE belirtmeliyim ki bu kitap, sözü edilen hastaların yardımları, nezaketleri ve hikâyelerini paylaşma konusunda sergiledikleri bonkörlük olmaksızın yazılamazdı. Bu hastaların motivasyonu, yaşadıkları bozukluklar veya sorunlarla ilgili bilgilerin yayılmasına ve böylece benzer sorunları yaşayan başkalarının tanı ve tedaviye daha hızlı ulaşmasına yardımcı olma arzusuydu. Hepsine sonsuz derecede minnettarım. Aynı şekilde, uyku, sinirbilim ve klinik nöroloji alanlarındaki zorlu ve harikulade çalışmalarını sunmaya çalıştığım araştırmacılara da büyük minnet duyuyorum. Bu kişiler uyku ve beyin hakkındaki kavrayışımızın sınırlarını hızla genişletmekteler.

Bu kitap tümüyle rastlantısal olarak varlık kazandı. Akademik metinler dışında bir şey yazmak geçmemişti hiç aklımdan. Her şey, BBC Radio 4 dizisi *Mysteries of Sleep*'ten (Uykunun Sırları) haberdar olan temsilcim Luigi Bonomi'den durup dururken aldığım e-postayla başladı. Beni bu konuda yazmayı denemem için ikna eden o oldu. Luigi'nin, kitabı programına alması için ikna etmeyi başardığı bir kişi de, projeye başından beri inanılmaz bir hevesle sarılan Simon & Schuster'daki harikulade editörüm Iain MacGregor'dı. Bu arada ABD ve Avrupa'daki temsilcilerim olan Geroge Lucas (InkWell) ve Nicki Kennedy'ye (ILA), ayrıca ABD'deki editörüm Michael Flamini'ye de (St Martin's Press) teşekkür etmek isterim.

Kitap içeriğinin bir bölümünün kaynağı *Mysteries of Sleep* dizisidir. Bunu büyük ölçüde borçlu olduğum kişiler ise, bana bir hikâyenin nasıl anlatılması gerektiğini öğreten müthiş prodüktörüm Sally Abrahams ve diziyi gerçekleştirmeme izin veren BBC Radio 4 ekibidir: Hugh Levinson, Mohit Bakaya ve Richard Vadon. Radyo dizisine kat-

kıda bulunan ya da kitap içeriğiyle ilgili tartışmalarla bana yön veren meslektaşlarım Adrian Williams, Brian Kent, Ivana Rosenzweig, David O'Regan, Alex Nesbitt, Paul Gringras, Michael Farquhar, Sofia Eriksson, Sean Higgins, Mike Koutroumanidis, Al Santhouse, Russell Foster, Michael Kopelman, Annett Schrag ve Meir Kryger'a ayrıca minnetarım. Teşekkür etme gereğini duyduğum bir kişi de, bana REM uykusuyla ilgili kuramlarını sabırla anlatan Harvardlı akademisyen Allan Hobson'dır.

Yıllar boyunca nöroloji ve uykuyla ilgili anlattıklarımla dostlarıma gına getirmiş olsam da, bazıları –Jonathan Turner, Richard Ambrose ve Rob Mills– bu cezaya doymayıp, eleştirel geribildirimlerini de esirgemediler benden.

İnanılmaz derecede gayretli, titiz, parlak ve becerikli sayısız bireyin müthiş bir ekip olarak çalıştığı üstün nitelikli (ve yanlı düşünceme göre Birleşik Krallık'ta bir eşi benzeri daha bulunmayan) bir uyku merkezi kurmamızı sağlayan Guy's ve St. Thomas Ulusal Sağlık Hizmetleri Vakfı'na minnettarlığımı ifade etmeliyim. Ve elbette London Bridge Hastanesi'ndeki mükemmel uyku ekibine.

Son olarak, aileme de hakkını teslim etmem gerekir: bilime olan ilgimi tetikleyip destekleyen, tıp kariyerimi mümkün kılan anne babama; boş zamanımda yazmak üzere çalışma odama çekilmeme katlanan çocuklarım Maya ve Ava'ya; ve en önemlisi, destek ve eleştirileriyle kitabın büyük bölümünün biçimlenmesini sağlayan eşim Kavita'ya. Bana içimde bir kitap olduğunu hep söylemişti Kavita, bense onu yıllarca duymazdan gelmiştim. Her zaman olduğu gibi, onu dinlemem gerekirdi.

Terimler Sözlüğü

1. Evre uykusu – Uykunun, uyuklama olarak da bilinen en hafif evresi. Gözlerin yavaşça yuvarlanma hareketi ve beyindeki elektriksel etkinliğin yavaşlamasıyla (EEG ile yapılan ölçümler ışığında) tanımlanır.

2. Evre uykusu – EEG'de, bu evreye özgü uyku iğcikleri ve K kompleksi örüntülerinin ortaya çıkmasıyla tanımlanan ara evre uykusu.

3. Evre uykusu – Uykunun, yavaş dalga uykusu olarak da bilinen en derin evresi. Vücutta yenilenme ve iyileşme için en büyük önemi taşıdığı düşünülen evre budur. Beyin dalgaları bu evrede çok daha yavaş ve genlikleri de çok daha büyüktür. Kişiyi uyandırmanın en zor olduğu evredir.

24 saat dışı ritim bozukluğu – Sirkadiyen saatin, normal 24 saatlik aralığın dışında kalan ve genellikle de daha uzun olan bir ritimle çalıştığı sendrom. Başıboş ritim bozukluğu olarak da bilinir.

Amigdala – Temporal lobun derininde konumlanmış badem biçimli yapı. Limbik sistemi oluşturan ağın bir bileşenidir. Korku, saldırganlık ve kaygı gibi duygusal tepkilerde temel rol oynar; bunun dışında bellek ve karar verme işlevlerine de katkıda bulunur.

Apne – Soluk almanın kesintiye uğraması.

Beyin korteksi – Beynin gri madde olarak da bilinen dış tabakası.

Bilinçli rüya görme – Rüya sırasında bilincin ya da bilinçli kontrolün belli ölçüde korunması durumu.

EEG (elektroensefalogram) – Beyindeki elektriksel etkinlikleri incelemek için kullanılan bir teknik. Elektriksel izlerin aldığı farklı

görünümler, uykunun farklı evrelerinin birbirinden ayırt edilmesine ve epilepsi ya da başka nörolojik bozukluklardan kaynaklanan anormal beyin etkinliğinin belirlenmesine olanak sağlar.

Epifiz bezi – Melatonin salgılayan, birkaç milimetre çapa sahip koni biçimli bir yapı. Beynin derinlerinde, üçüncü ventrikül olarak bilinen bir sıvı odacığının arkasında yer alır ve beyin-omurilik sıvısıyla çevrilidir.

Frontal lob – Göz çukurlarının üzerinde kalan, alına en yakın beyin bölgesi. İşlevleri arasında istemli hareketlerin kontrolü, planlama, değerlendirme, muhakeme, karar verme ve duygusal ifade yer alır.

Gecikmiş uyku fazı sendromu (veya **bozukluğu**) – İç vücut saatinin ileriye doğru kaymasıyla, kişilerin ancak çok daha geç bir zamanda uyuyabilmelerine ve yine çok daha geç bir zamanda uyanmak istemelerine yol açan sendrom. Bu kaymalar uyanıklıktaki yaşamı olumsuz etkileyecek ölçüye varır.

Homeostatik mekanizma – Uykunun düzenlenmesinde rol alan süreçlerden biri. Uyanık kalma süresi ne kadar uzunsa uyuma dürtüsü de o kadar güçlü olur.

Hipnagojik halüsinasyonlar – Genellikle odaya giren bir davetsiz misafir ya da beden dışı deneyimle kendini gösteren ve uykuya dalma noktasında yaşanan halüsinasyonlar. (Uykudan uyanırken görülen halüsinasyonlaraysa "hipnopompik halüsinasyonlar" denir.) Bunların rüya benzeri süreçlerin uyanıklığa sızmasını temsil ettiği düşünülmektedir.

Hipokretin – Narkolepside eksikliği saptanmış nörotransmiter. Bunun nedeni, hipokretin kimyasalını üreten nöronların ölmesi ya da hasar görmesidir.

Hipotalamus – Gözlerin arkasında ve arasında kalan küçük bir beyin bölgesi. Metabolik süreçler, açlık, uyku, sirkadiyen ritimler, susama ve vücut sıcaklığının düzenlenmesinde önem taşıyan çekirdekler içerir.

İnsula – Pariyetal, frontal ve temporal lobların kaplamış olduğu beyin korteksi bölgesi. Beynin bu lobları ile limbik sistem arasında bir bağlantı noktası işlevi görür.

Katapleksi – Neredeyse istisnasız olarak narkolepsiye eşlik eden durum. Güçlü duygular, özellikle de kahkaha atmak kas gücünün aniden yitirilmesine yol açar ve bunun sonucunda vücudun bazı kısımlarında, hatta bazen bütün vücutta geçici güç kaybı gelişir.

Kronotip – Bireyin belirli bir saatte uykuya dalma ve uyanma eğilimi; örneğin "sabah insanı" ve "akşam insanı" kronotipleri.

Lewy cisimcikli demans – Beyinde, bilişsel işlev bozuklukları ve halüsinasyonlarla sonuçlanan dejeneratif bir bozukluk. Hem belirti ve bulgular bakımından, hem de mikroskobik düzeyde Parkinson hastalığıyla önemli düzeyde örtüşme sergiler.

Lezyon – Dokunun hasar gören bölgesi için kullanılan terim. Nörolojide sinir sistemi içinde hastalıklı, hasar görmüş ya da işlev bozukluğu gösteren bir bölgeyi tanımlar.

Limbik sistem – Anıların, duyguların ve kokuların entegrasyonu için temel önem taşıyan hipokampus, amigdala, singulat girus, talamus gibi bir dizi yapıyı barındıran beyin ağı. Motivasyon, duygusal deneyimler ve davranışlar üzerinde etki gösterir.

Lokalizasyon – Tanı sürecinin, sinir sistemi içindeki bir lezyonun konumunu belirlemeye odaklı kısmı.

Narkolepsi – Uyku ve rüya deneyimini düzenleme beceresinin kaybolmasıyla sonuçlanan nörolojik bir bozukluk. Tahminlere göre nedeni, uykunun denetimi için temel önemdeki hipokretin nörotransmiterinin üretildiği talamus hücrelerinde gelişen tahribattır. Aşırı uykululuk, hipnagojik halüsinasyonlar, uyku felci ve katapleksiye yol açar (bkz. 6. ve 13. Bölümler).

Otonom sinir sistemi – Büyük oranda iç organlar ve derinin bilinçdışı denetimine aracılık eden sinir sistemi bileşeni. Sempatik sinir sistemi "savaş ya da sıvış" tepkisini yönlendirip kalbin atım hızında artışa, terlemeye, gözbebeklerinde büyümeye ve kanın ba-

ğırsak ve deriden kaslar, kalp ve akciğerlere yönelmesine neden olur. Parasempatik sistem aksi yöndeki –rahatlamayla ilgili olanları– düzenler.

Parasomni – Uykudan kaynaklanan herhangi bir sıradışı davranış.

Pariyetal lob – Temel olarak duyular, çevremizdeki fiziksel dünyanın temsili ve vücudumuzun dünya içindeki konumunu algılamamızla ilgili olan beyin bölgesi.

Parkinson hastalığı – Beyin dejenerasyonuyla kendini gösteren yaygın bir bozukluk. Temelde hareketi etkileyerek titremeye, yürüme zorluğuna, tutukluğa ve hareket yavaşlamasına neden olur.

Prefrontal korteks – Karar vermede, eylemlerin planlanmasında, toplumsal davranışlarda ve kişiliğin ifadesinde rol oynayan bir beyin korteksi alanı. Frontal lobda yer alır.

REM (hızlı göz hareketleri) uykusu – Rüya görmeyle en fazla ilişkilendirilmiş uyku evresi. Gözlerin bir yandan diğerine yaptığı hızlı hareketler ve neredeyse bütün kasların felç durumuna geçmesiyle karakterizedir. Buna rağmen beyin oldukça etkindir

REM uykusu davranış bozukluğu – REM uykusu sırasında kas felcinin ortadan kalkması sonucu, rüyaların fiilen canlandırılmasıyla sonuçlanan bozukluk.

REM-dışı parasomniler – Hepsi de REM-dışı uykunun, özellikle de 3. Evre uykusunun ürünü olan uyurgezerlik, gece terörü, uykuda konuşma (sayıklama) ve uykuda yeme gibi sıradışı davranışlara neden olan bozukluklar.

REM-dışı uyku – 1., 2. ve 3. Evre uykuyu içeren uyku kesiti.

Retina gangliyon hücreleri – Retinada konumlanmış ve görmede herhangi bir rol oynamayan ışık algılayıcı hücreler. Özellikle mavi ışığı algılar ve uyarıyı retinohipotalamik yol aracılığıyla doğrudan suprakiazmatik çekirdeğe iletirler. Bu şekilde ortam ışığıyla ilgili bilgiyi suprakiazmatik çekirdekte yer alan ana saate yönlendirmiş olurlar.

Seksomni – Cinsel içerikli davranışlara neden olan bir REM-dışı parasomni tipi.

Singulat korteks – Beyinde duygular, davranışlar ve motivasyondan sorumlu ağ olan limbik sistemin işleyişinde temel rol oynayan beyin korteksi bölümü.

Sirkadiyen – 24 saatlik döngülerle işleyen biyolojik süreç.

Suprakiazmatik çekirdek – Hipotalamusta yer alan, vücudun ana saatini temsil eden ve sirkadiyen ritmi koruyan çok küçük bir alan.

Temporal lob – İşitme, işitsel girdilerin işlenmesi ve dilsel işlevlerden sorumlu beyin bölgesi. Lobun derinlerinde hipokampus ve amigdala da yer aldığından, duyguların işlenmesi ve bellekte de rol oynar.

Uyku apnesi – Uykuda soluk almanın tekrarlamalı olarak kesintiye uğradığı ve genellikle uyku sırasında gevşeyen hava yolunun kısmen ya da tamamen tıkanmasına bağlı olarak gelişen durum.

Uyurgezerlik – REM-dışı parasomni türlerinden biri. 3. Evre REM-dışı uykudan kaynaklanan belirli davranışları içerir: yataktan kalkma, karmaşık eylemlerde bulunma ve çevreyle etkileşime girme gibi. Bu davranışlar sonradan ya hiç hatırlanmaz ya da hatırlananlar çok sınırlı olur.

Yavaş dalga uykusu – *Bkz.* 3. Evre uykusu.

Zeitgeber – Sirkadiyen ritmi etkileyen ve suprakiazmatik çekirdekteki ana saatin dışında kalan etkenler, örneğin ışık ve melatonin.

Okuma Önerileri

(doi: digital object identifier/sayısal nesne tanımlayıcı)

Bu kitaba bir 100 sayfa daha eklemeden bütün kaynakları listelemek olanaksız olduğundan, aşağıda kitabın bölümleriyle ilişkili ve çoğu derleme makalesi olan temel yayınlar verilmiştir. Vakaların tıp literatüründe yayımlanmış olması halinde, ilgili kaynaklar da dahil edilmiştir.

1. Bölüm: Greenwich Saati

Malkani, R. G., Abbott, S. M., Reid, K. J., Zee, P. C., "Diagnostic and Treatment Challenges of Sighted Non-24-Hour Sleep-Wake Disorder", *J Clin Sleep Med*, 15 Nisan 2008, 14(4): 603-13.

Quera Salva, M. A., Hartley, S., Leger, D., Dauvilliers, Y. A., "Non-24-Hour Sleep-Wake Rhythm Disorder in the Totally Blind: Diagnosis and Management", *Front Neurol*, 18 Aralık 2017, 18(8): 686.

Uchiyama, M., Lockley, S. W., "Non-24-Hour Sleep-Wake Rhythm Disorder in Sighted and Blind Patients", *Sleep Med Clin*, Aralık 2015, 10(4): 495-516.

Hayakawa, T., Uchiyama, M., Kamei, Y., Shibui, K., Tagaya, H., Asada, T., Okawa, M., Urata, J., Takahashi, K., "Clinical analyses of sighted patients with non-24-hour sleep-wake syndrome: a study of 57 consecutively diagnosed cases", *Sleep*, 1 Ağustos 2005, 28(8): 945-52.

Edgar, R. S., Green, E. W., Zhao, Y., van Ooijen, G., Olmedo, M., Qin, X., Xu, Y., Pan, M., Valekunja, U. K., Feeney, K. A., Maywood, E. S., Hastings, M. H., Baliga, N. S., Merrow, M., Millar, A. J., Johnson, C. H., Kyriacou, C. P., O'Neill, J. S., Reddy, A. B., "Peroxiredoxins are conserved markers of circadian rhythms", *Nature*, Mayıs 2012, 485(7399): 459-64.

Jagannath, A., Taylor, L., Wakaf, Z., Vasudevan, S. R., Foster, R. G., "The genetics of circadian rhythms, sleep and health", *Hum Mol Genet*, 1 Ekim 2017, 26(R2): R128-R138.

Touitou, Y., Reinberg, A., Touitou, D., "Association between light at night, melatonin secretion, sleep deprivation, and the internal clock: Health impacts and mechanisms of circadian disruption", *Life Sci*, 15 Mart 2017, 173: 94-106. doi: 10.1016/j.lfs.2017.02.008.

Travis, R. C., Balkwill, A., Fensom, G. K., Appleby, P. N., Reeves, G. K., Wang, X. S., Roddam, A. W., Gathani, T., Peto, R., Green, J., Key, T. J., Beral, V., "Night Shift Work and Breast Cancer Incidence: Three Prospective Studies and Meta-analysis of Published Studies", *J Natl Cancer Inst*, 6 Ekim 2016, 108(12).

2. Bölüm: Gecenin Sessizliğinde

Bargiotas, P., Arnet, I., Frei, M., Baumann, C. R., Schindler, K., Bassetti, C. L., "Demographic, Clinical and Polysomnographic Characteristics of Childhood-and Adult-Onset Sleepwalking in Adults", *Eur Neurol*, 2017, 78(5-6): 307-11.

Bassetti, C., Vella, S., Donati, F., Wielepp, P., Weder, B., "SPECT during sleepwalking", *Lancet*, 5 Ağustos 2000, 356(9228): 484-5.

Drakatos, P., Marples, L., Muza, R., Higgins, S., Gildeh, N., Macavei, R., Dongol, E. M., Nesbitt, A., Rosenzweig, I., Lyons, E., d'Ancona, G., Steier, J., Williams, A. J., Kent, B. D., Leschziner, G., "NREM parasomnias: a treatment approach based upon a retrospective case series of 512 patients", *Sleep Med*, 10 Nisan 2018. pii: S1389-9457 (18)30099-6.

Iranzo, A., "Parasomnias and Sleep-Related Movement Disorders in Older Adults", *Sleep Med Clin*, Mart 2018, 13(1): 51-61.

Pressman, M. R., "Factors that predispose, prime and precipitate NREM parasomnias in adults: clinical and forensic implications", *Sleep Med Rev*, Şubat 2007, 11(1): 5-3.

Moreno, M. A., "Sleep Terrors and Sleepwalking: Common Parasomnias of Childhood", *JAMA Pediatr*, Temmuz 2015, 169(7): 704.

3. Bölüm: Disney'nin Sezgisi

Oudiette, D., De Cock, V. C., Lavault, S., Leu, S., Vidailhet, M., Arnulf, I., "Nonviolent elaborate behaviors may also occur in REM sleep behavior disorder", *Neurology*, 10 Şubat 2009, 72(6): 551-7.

Aserinsky, E., "The discovery of REM sleep", *J Hist Neurosci*, Aralık 1996, 5(3): 213-27.

Iranzo, A., Ştefani, A., Serradell, M., Marri, M. J., Lomena, F., Mahlknecht, P., Stockner, H., Gaig, C., Fernandez-Arcos, A., Poewe, W., Tolosa, E., Hogl, B., Santamaria, J., "Characterization of patients with longstanding idiopathic REM sleep behavior disorder", SINBAR (Sleep Innsbruck Barcelona) group, *Neurology*, 18 Temmuz 2017, 89(3): 242-8.

Postuma, R. B., Iranzo, A., Hogl, B., Arnulf, I., Ferini-Strambi, L., Manni, R., Miyamoto, T., Oertel, W., Dauvilliers, Y., Ju, Y. E., Puligheddu, M., Sonka, K., Pelletier, A., Santamaria, J., Frauscher, B., Leu-Semenescu, S., Zucconi,

M., Terzaghi, M., Miyamoto, M., Unger, M. M., Carlander, B., Fantini, M. L., Montplaisir, J. Y., "Risk factors for neurodegeneration in idiopathic rapid eye movement sleep behavior disorder: a multicenter study", *Ann Neurol*, Mayıs2015, 77(5): 830-9.

Boeve, B. F., Silber, M. H., Ferman, T. J., Lin, S. C., Benarroch, E. E., Schmeichel, A. M., Ahlskog, J. E., Caselli, R. J., Jacobson, S., Sabbagh, M., Adler, C., Woodruff, B., Beach, T. G., Iranzo, A., Gelpi, E., Santamaria, J., Tolosa, E., Singer, C., Mash, D. C., Luca, C., Arnulf, I., Duyckaerts, C., Schenck, C. H., Mahowald, M. W., Dauvilliers, Y., Graff-Radford, N. R., Wszolek, Z. K., Parisi, J. E., Dugger, B., Murray, M. E., Dickson, D. W., "Clinicopathologic correlations in 172 cases of rapid eye movement sleep behavior disorder with or without a coexisting neurologic disorder", *Sleep Med*, Ağustos 2013, 14(8): 754-62.

4. Bölüm: Soluk Kesilince

Polsek, D., Gildeh, N., Cash, D., Winsky-Sommerer, R., Williams, S. C. R., Turkheimer, F., Leschziner, G. D., Morrell, M. J., Rosenzweig, I., "Obstructive sleep apnoea and Alzheimer's disease: In search of shared pathomechanisms", *Neurosci Biobehav Rev*, 7 Aralık 2017. pii: S0149-7634 (17) 30435-39.

Hopps, E., Caimi, G., "Obstructive Sleep Apnea Syndrome: Links Between Pathophysiology and Cardiovascular Complications", *Clin Invest Med*, 4 Aralık 2015, 38(6): E362-70.

Emamian, F., Khazaie, H., Tahmasian, M., Leschziner, G. D., Morrell, M. J., Hsiung, G. Y., Rosenzweig, I., Sepehry, A. A., "The Association Between Obstructive Sleep Apnea and Alzheimer's Disease: A Meta-Analysis Perspective", *Front Aging Neurosci*, 12 Nisan 2016, 8(78).

Yu, J., Zhou, Z., McEvoy, R. D., Anderson, C. S., Rodgers, A., Perkovic, V., Neal, B., "Association of Positive Airway Pressure With Cardiovascular Events and Death in Adults With Sleep Apnea: A Systematic Review and Meta-analysis", *JAMA*, 11 Temmuz 2017, 318(2): 156-66.

Abuzaid, A. S., Al Ashry, H. S., Elbadawi, A., Ld, H., Saad, M., Elgendy, I. Y., Elgendy, A., Mahmoud, A. N., Mentias, A., Barakat, A., Lal, C., "Meta-Analysis of Cardiovascular Outcomes With Continuous Positive Airway Pressure Therapy in Patients With Obstructive Sleep Apnea", *Am J Cardiol*, 15 Ağustos 2017, 120(4): 693-9.

Javaheri, S., Barbe, F., Campos-Rodriguez, F., Dempsey, J. A., Khayat, R., Javaheri, S., Malhotra, A., Martinez-Garcia, M. A., Mehra, R., Pack, A. I., Polotsky, V. Y., Redline, S., Somers, V. K., "Sleep Apnea: Types, Mechanisms, and Clinical Cardiovascular Consequences", *J Am Coll Cardiol*, 21 Şubat 2017, 69(7): 841-58.

5. Bölüm: Sayıklayan Otobüs Şoförü

Bashford, J., Leschziner, G., "Bed Partner "Gas-Lighting" as a cause of fictitious sleep-talking", *J Clin Sleep Med*, 15 Ekim 2015, 11(10): 1237-8.

6. Bölüm: Gülmekten Bitap Düşmek

Leschziner, G., "Narcolepsy: a clinical review", *Practical Neurology*, Ekim 2014, 14(5): 323-31.

Overeem, S., Lammers, G. J., van Dijk, J. G., "Cataplexy: 'tonic immobility' rather than "REM-sleep atonia?", *Sleep Med*, Kasım 2002, 3(6): 471-77.

Sarkanen, T., Alakuijala, A., Julkunen, I., Partinen, M., "Narcolepsy Associated with Pandemrix Vaccine", *Curr Neurol Neurosci Rep*, 1.6.2018, 18(7): 43.

Sturzenegger, C., Bassetti, C. L., "The clinical spectrum of narcolepsy with cataplexy: a reappraisal", *J Sleep Res*, Aralık 2004, 13(4): 395-406.

Stowe, J., Miller, E., Andrews, N., Kosky, C., Leschziner, G., Shneerson, J. M., Hall, A., Eriksson, S., Reading, P., Dennis, G., Donegan, K., "Risk of Narcolepsy after AS03 Adjuvanted Pandemic A/H1N1 2009 Influenza Vaccine in Adults: A Case-Coverage Study in England", *Sleep*, 1.5.2016, 39(5): 1051-57.

Drakatos, P., Leschziner, G., "Cataplexy with Normal Sleep Studies and Normal CSF Hypocretin: an Explanation?", *J Clin Sleep Med*, 15.3.2016, 12(3): 449-50.

7. Bölüm: Vızıldayan Arılar

Leschziner, G., Gringras, P., "Restless Legs Syndrome", *British Medical Journal*, 23 Mayıs 2012, 344: e3056.

Athauda, D., Leschziner, G., "A restless night's sleep", *British Medical Journal*, 2012, 344: d8347.

Schormair, B., Zhao, C., Bell, S., Tilch, E., Salminen, A. V., Putz, B., Dauvilliers, Y., Stefani, A., Hogl, B., Poewe, W., Kemlink, D., Sonka, K., Bachmann, C. G., Paulus, W., Trenkwalder, C., Oertel, W. H., Hornyak, M., Teder-Laving, M., Metspalu, A., Hadjigeorgiou, G. M., Polo, O., Fietze, I., Ross, O. A., Wszolek, Z., Butterworth, A. S., Soranzo, N., Ouwehand, W. H., Roberts, D. J., Danesh, J., Allen, R. P., Earley, C. J., Ondo, W. G., Xiong, L., Montplaisir, J., Gan-Or, Z., Perola, M., Vodicka, P., Dina, C., Franke, A., Tittmann, L., Stewart, A. F. R., Shah, S. H., Gieger, C., Peters, A., Rouleau, G. A., Berger, K., Oexle, K., Di Angelantonio, E., Hinds, D. A., Muller-Myhsok, B., Winkelmann, J., "Identification of novel risk loci for restless legs syndrome in genome-wide association studies in individuals of European ancestry: a meta-analysis", 23andMe Research Team, DESIR study group, *Lancet Neu-*

rol, Kasım 2017, 16(11): 898-907. doi: 10.1016/S1474-4422(17)30327-7. Derleme.

Winkelmann, J., Allen, R. P., Hogl, B., Inoue, Y., Oertel, W., Salminen, A. V., Winkelman, J. W., Trenkwalder, C., Sampaio, C., "Treatment of restless legs syndrome: Evidence-based review and implications for clinical practice (Gözden geçirilme tarihi 2017)", *Mov Disord*, 14 Mayıs 2018. doi: 10.1002/ mds.27260.

8. Bölüm: Boğulurcasına

Schindler, K., Gast, H., Bassetti, C., Wiest, R., Fritschi, J., Meyer, K., Kollar, M., Wissmeyer, M., Lovblad, K., Weder, B., Donati, F., "Hyperperfusion of anterior cingulate gyrus in a case of paroxysmal nocturnal dystonia", *Neurology*, 11 Eylül 2001, 57(5): 917-20.

Nesbitt, A., Kosky, C. A., Leschziner, G. D., "Insular seizures causing sleep-related breathlessness", *The Lancet*, 2013, 382: 1756.

Tinuper, P., Bisulli, F., "From nocturnal frontal lobe epilepsy to Sleep-Related Hypermotor Epilepsy: A 35-year diagnostic challenge", Ocak 2017, 44: 87-92. doi: 10.1016/j.seizure.2016.11.023.

Derry, C. P., "Sleeping in fits and starts: a practical guide to distinguishing nocturnal epilepsy from sleep disorders", *Pract Neurol*, Aralık 2014, 14(6): 391-98.

Nobili, L., Proserpio, P., Combi, R., Provini, F., Plazzi, G., Bisulli, F., Tassi, L., Tinuper, P., "Nocturnal frontal lobe epilepsy", *Curr Neurol Neurosci Rep*, Şubat 2014, 14(2): 424.

9. Bölüm: Yüzen Gözler

Jalal, B., Ramachandran, V. S., "Sleep Paralysis, "The Ghostly Bedroom Intruder" and Out-of-Body Experiences: The Role of Mirror Neurons", *Front Hum Neurosci*, 28 Şubat 2017, 11: 92.

Jalal, B., Ramachandran, V. S., "Sleep paralysis and "the bedroom intruder": the role of the right superior parietal, phantom pain and body image projection", *Med Hypotheses*, Aralık 2014, 83(6): 755-57.

Denis, D., French, C. C., Gregory, A. M., "A systematic review of variables associated with sleep paralysis", *Sleep Med Rev*, Nisan 2018, 38: 141-57.

Molendijk, M. L., Montagne, H., Bouachmir, O., Alper, Z., Bervoets, J. P., Blom, J. D., "Prevalence Rates of the Incubus Phenomenon: A Systematic Review and Meta-Analysis", *Front Psychiatry*, 24 Kasım 2017, 8: 253.

Sharpless, B. A., "A clinician's guide to recurrent isolated sleep paralysis", *Neuropsychiatr Dis Treat*, 19 Temmuz 2016, 12: 1761-67.

10. Bölüm: Jekyll ve Hyde

Siclari, F., Khatami, R., Urbaniok, F., Nobili, L., Mahowald, M. W., Schenck, C. H., Cramer Bornemann, M. A., Bassetti, C. L., "Violence in sleep", *Brain*, Aralık 2010, 133(Pt 12): 3494-509.

Dubessy, A. L., Leu-Semenescu, S., Attali, V., Maranci, J. B., Arnulf, I., "Sexsomnia: A Specialized Non-REM Parasomnia?", *Sleep*, 1 Şubat 2017, 40 (2).

Pressman, M. R., Mahowald, M. W., Schenck, C. H., Cramer Bornemann, M. A., Banerjee, D., Buchanan, P., Zadra, A., "Alcohol, sleepwalking and violence: lack of reliable scientific evidence", *Brain*, Şubat 2013, 136(B. 2): e229.

Morrison, I., Rumbold, J. M., Riha, R. L., "Medicolegal aspects of complex behaviours arising from the sleep period: a review and guide for the practising sleep physician", *Sleep Med Rev*, Haziran 2014, 18(3): 249-60. doi: 10.1016/ j.smrv.2013.07.004.

11. Bölüm: Kahvenin Uyandırıcı Etkisi

Inoue, Y., "Sleep-related eating disorder and its associated conditions", *Psychiatry Clin Neurosci*, Haziran 2015, 69(6): 309-20.

Vander Wal, J. S., "Night eating syndrome: a critical review of the literature", *Clin Psychol Rev*, Şubat 2012, 32(1): 49-59.

Howell, M. J., "Restless Eating, Restless Legs, and Sleep Related Eating Disorder", *Curr Obes Rep*, Mart 2014, 3(1): 108-13.

Howell, M. J., Schenck, C. H., "Restless nocturnal eating: a common feature of Willis-Ekbom Syndrome (RLS)", *J Clin Sleep Med*, 15 Ağustos 2012, 8 (4): 413-19.

12. Bölüm: Uykuya Doyamayanlar

Nesbitt, A., Leschziner, G., "Migraine with brainstem aura presenting as recurrent hypersomnia (Kleine-Levin Syndrome)", *Practical Neurology*, Ekim 2016, 16(5): 402-5.

Gadoth, N., Oksenberg, A., "Kleine-Levin syndrome; An update and mini-review", *Brain Dev*, Eylül 2017, 39(8): 665-71.

Miglis, M. G., Guilleminault, C., "Kleine-Levin Syndrome", *Curr Neurol Neurosci Rep*, Haziran 2016, 16(6): 60.

Lavault, S., Golmard, J. L., Groos, E., Brion, A., Dauvilliers, Y., Lecendreux, M., Franco, P., Arnulf, I., "Kleine-Levin syndrome in 120 patients: differential diagnosis and long episodes", *Ann Neurol*, Mart 2015, 77(3): 529-40.

13. Bölüm: Başlangıç

Hobson, J. A., Hong, C. C., Friston, K. J., "Virtual reality and consciousness inference in dreaming", *Front Psychol*, 9 Ekim 2014, 5: 1133.

Hobson, J. A., "REM sleep and dreaming: towards a theory of protoconsciousness", *Nat Rev Neurosci*, Kasım 2009, 10(11): 803-13.

Voss, U., Holzmann, R., Tuin, I., Hobson, J. A., "Lucid dreaming: a state of consciousness with features of both waking and non-lucid dreaming", *Sleep*, Eylül 2009, 32(9): 1191-200.

Crick, F., Mitchison, G., "The function of dream sleep", *Nature*, 14-20 Temmuz 1983, 304(5922): 111-14.

Cipolli, C., Ferrara, M., De Gennaro, L., Plazzi, G., "Beyond the neuropsychology of dreaming: Insights into the neural basis of dreaming with new techniques of sleep recording and analysis", *Sleep Med Rev*, Ekim 2017, 35: 8-20.

Dodet, P., Chavez, M., Leu-Semenescu, S., Golmard, J. L., Arnulf, I., "Lucid dreaming in narcolepsy", *Sleep*, 1 Mart 2015, 38(3): 487-97.

Dresler, M., Koch, S. P., Wehrle, R., Spoormaker, V. I., Holsboer, F., Steiger, A., Samann, P. G., Obrig, H., Czisch, M., "Dreamed movement elicits activation in the sensorimotor cortex", *Curr Biol*, 8.11.2011, 21(21): 1833-37.

van der Helm, E., Yao, J., Dutt, S., Rao, V., Saletin, J. M., Walker, M. P., "REM sleep depotentiates amygdala activity to previous emotional experiences", *Curr Biol*, 6 Aralık 2011, 21(23): 2029-32.

14. Bölüm: Uykusuz Her Gece

Xie, L., Kang, H., Xu, Q., Chen, M. J., Liao, Y., Thiyagarajan, M., O'Donnell, J., Christensen, D. J., Nicholson, C., Iliff, J. J., Takano, T., Deane, R., Nedergaard, M., "Sleep drives metabolite clearance from the adult brain", *Science*, 19 Ekim 2013, 342(6156): 373-77.

Fernandez-Mendoza, J., Shea, S., Vgontzas, A. N., Calhoun, S. L., Liao, D., Bixler, E. O., "Insomnia and incident depression: role of objective sleep duration and natural history", *J Sleep Res*, Ağustos 2015, 24(4): 390-98.

Li, Y., Vgontzas, A. N., Fernandez-Mendoza, J., Bixler, E. O., Sun, Y., Zhou, J., Ren, R., Li, T., Tang, X., "Insomnia with physiological hyperarousal is associated with hypertension", *Hypertension*, Mart 2015, 65(3): 644-50.

Vgontzas, A. N., Fernandez-Mendoza, J., Liao, D., Bixler, E. O., "Insomnia with objective short sleep duration: the most biologically severe phenotype of the disorder", *Sleep Med Rev*, Ağustos 2013, 17(4): 241-54.

Mitchell, M. D., Gehrman, P., Perlis, M., Umscheid, C. A., "Comparative effectiveness of cognitive behavioral therapy for insomnia: a systematic review", *BMC Fam Pract*, 25 Mayıs 2012, 13: 40.

Jarrin, D. C., Alvaro, P. K., Bouchard, M. A., Jarrin, S. D., Drake, C. L., Morin, C. M., "Insomnia and hypertension: A systematic review", *Sleep Med Rev.*, 16 Şubat 2018. pii: S1087-0792(17)30051-5.

Penninkilampi, R., Eslick, G. D., "A Systematic Review and Meta-Analysis of the Risk of Dementia Associated with Benzodiazepine Use, After Controlling for Protopathic Bias", *CNS Drugs*, 20 Haziran 2018. doi: 10.1007/s40263-018-0535-3.

Dizin

24 saat dışı ritim bozukluğu 35-38

aktigrafi 36
alfa-sinüklein 74
Alzheimer hastalığı 90, 92, 94-95, 165, 282-83, 292, 294
amigdala 123-24, 134
amnezi (bellek kaybı) 194, 229 (*ayrıca bkz.* uyku)
ANP hormonu 87
antidepresanlar 63, 73, 133, 140, 157, 188, 204, 254, 282, 287
antihistaminikler 157, 282
antioksidan mekanizmalar 88
Aserinsky, Eugene 68-70, 119
Asperger sendromu 190, 203
Athenaeus 86

Babinski, Joseph 98-99
bazal gangliyonlar 74, 78, 222
benzodiazepinler 63, 79, 282
Bergman, Ingrid 109
Bethlem Hastanesi 161
beyin korteksi 59, 160, 164, 166, 173, 184
beyin sapı 20, 71, 73-74
  değişimleri 77
  ve H1N1 127
  ve protein birikimleri 74
bilinçli rüyalar 185, 264-66
bilişsel davranışçı terapi 188, 283-86, 291
bipolar bozukluk 228-29, 235-36, 239, 258, 272-73
birincil (primer) motor korteks 169
Brouillet, Pierre 98
Büyük Oksidasyon Olayı 29
büyük veriler 291, 294

Charcot, Jean-Martin 98-99, 111, 198
Charles Bonnet sendromu 181

déjà vu 165, 166, 170
deli dana hastalığı 278
depresyon 81, 100, 216, 229, 240, 254, 258, 279, 281, 287, 293-94
domuz gribi 126-27
dopamin 133, 148, 149, 151-52, 155, 156, 158
  ve demir 152
dopamin reseptör agonistleri 154, 215, 217
duyu korteksi, 177
Dünya Sağlık Örgütü 39
dürtü kontrol bozukluğu 149

Ekbom, Karl-Axel 142, 150-51
elektroensefalogram (EEG) 101, 159-60, 167-68, 172-74, 194, 198, 222, 230-31, 252, 258, 265, 289
endotel 88, 94
epifiz bezi 36, 37, 39, 41 (*ayrıca bkz.* melatonin)
epilepsi 106, 112, 165-76
  ailesel formları 239

beynin uyarılmasıyla 166
çeşitli dışavurumları 165-66
frontal lobda 168
genel tasvir 164
sıradışı formları 229
uykuyla ilişkisi 167-68
ve amigdala 123
ve ani duygulanımlar 123
ve beyin ameliyatı 166
ve cinsiyet hormonları 167
ve dinsel deneyimler 165-66
ve elektriksel uyarılar, 164-65
ve insular korteks 170-71
ve müzik 16
ve stres 99-100
ve uyku apnesi 90
ve uyurgezerlik 49-50

fokal nöbet 165
Frankenstein (Shelley) 254
Freud, Sigmund 12, 68, 99, 111, 206, 258, 263, 288
Friston, Karl 261-63
frontal loblar 168-70, 173-74, 193
ve toplumsal davranışlar 19
Fuseli, Henry 179

GABA (nörotransmiter) 134
Gage, Phineas 17-19, 200
Gaslight/Işıklar Sönerken (film) 109
gece terörü, 59-61, 63, 65
(*ayrıca bkz.* rüyalar)
ve alkol 61
araç kullanımı 57-59
gece etkinlikleri 45-61
(*ayrıca bkz.* uyurgezerlik)
motosiklet gezisi 47-48, 54
ve REM-dışı parasomniler 169-70
genler ve kronotip 32
GHB (gama hidroksibütirat) 134
glenfatik sistem 91, 282
glukoz 88, 172, 231
görme korteksi 15, 166
Gowers Viziti 14-15, 16
Guantanamo Körfezi 269, 285
Guillain-Barre sendromu 128
Guy's Hastanesi, Uyku Bozuklukları Merkezi 23, 25, 30, 192

H-refleksi 122
H1N1 126-27
halüsinasyonlar 11, 20, 73, 115, 120, 165, 181
cinsel nitelikli 185
hipnagojik 120, 121, 180-82, 185, 188, 247, 264, 266
homunkulus ile ilişkili olarak 184
işitsel 171
koku 165
Lilliput halüsinasyonları 181
narkolepsi 181-82
ve zayıf görüş 181
hayalet uzuv 184
hiperseksüalite 149, 215, 225, 227, 229
hipnagojik halüsinasyon 120-21, 180-82, 185, 188, 247, 264, 266
hipokretin 117-18, 120-23, 125-28, 137-38, 231, 248
hipoksi 88-89
hipotalamus 31, 116-17, 123, 138, 237
ve H1N1 127
lateral (yan) 117-18, 125, 248
posterior (arka) 116
histeri 98-99
hızlı göz hareketleri (REM)
(*ayrıca bkz.* uyku)
ve REM uykusu davranış bozukluğu, *bkz.* uyku davranış bozukluğu
uyku ve rüyalarda, *bkz.* rüyalar
Hobson, Allan 252-53, 255, 261-64, 298

huzursuz bacak sendromu (HBS) 13, 141-53, 217, 289
ve demir 152, 157
etkilenenlerin oranları 13
ve ilaç bağımlılığı 155
kadınlarda daha sık görülmesi 152
ve kalp sorunları/kan basıncı 155
tanınması 157
ve uyku yoksunluğu 157
ve uykuda yeme 214-15
(*ayrıca bkz.* uykuda yeme)

Inception/*Başlangıç* (film) 267

incubus/*succubus* 179-80, 183-85, 247
insan lenfosit antijeni (HLA) 125-26, 128
insomni (*ayrıca bkz.* uyku; uyku yoksunluğu)
bazı formlar için genetik açıklamalar 276-77
ve bilişsel davranışçı terapi 188, 283-84, 285-86, 291
ve bilişsel performans 275
etkilenenlerin oranları 13
farklı tipleri 272-73
ve farklı uyku süreleri 292
giderek kötüleşmesi 278
güçten düşürücü etkisi 11
ve ilaçlar 282
ve intihar düşüncesi 281
ve kısa uyku süresi 275
ve klinik depresyon 281
ve narkolepsi, 85, 140
ve ölüm riskinde artış 274, 275
paradoksal 273
ve sağlık için oluşturduğu risk 276
ve şizofreni 281
ve uyku yoksunluğu 274
uyku yoksunluğu ile tedavi 304
ve vücut ağırlığı 274, 275-76
yatma zamanındaki kaygılar 277
yaygınlık 272
insular korteks 170, 174
iyon kanalları 168, 238-39

Jalal, Baland 184-85
jamais vu 165
jet lag 25, 34, 188
Jouvet, Michel 71, 73, 253

Kabala öğretisi 251
Kâbus (Fuseli) 179-80
kâbuslar 67, 69-70, 72, 76, 89, 179, 257, 260-61, 264
kafein 157, 285
kan basıncı (tansiyon) 70, 74, 87-89, 94, 130, 155, 171, 274-76, 278, 292
kanalopati 238-39
kanser 39-40, 81
Karısını Şapka Sanan Adam (Sacks) 16
Kartezyen düalizm 257-58, 264
katapleksi 112-38
gülmeyle ilişkisi 122-23, 130
REM uykusuyla ilişkisi 122
tetikleyicisi olarak gülme 122
Katolik Engizisyon 270
KGB 270
Kireneli Magas 86
Kleine-Levin sendromu (KLS) 224-40, 242-43
başlangıç zamanı 225-26
denenen ilaçlar 235-36
ve hastalıklı açlık 226
izlenimi veren bozukluklar 229
Kleine, Willi 225, 226
Kleitman, Nathaniel 28, 68-69, 119
Klüver-Bucy sendromu 229
koku soğancığı 74
kolorektal kanser 39

Kraliyet Gözlemevi, Greenwich 30-31
Kryger, Meir 252
Külkedisi (Disney çizgi filmi) 65, 70, 71, 80

letarjik ensefalit 116
Levin, Max 225, 226
levodopa 145, 147-49, 152, 156
Lewy cisimciği hastalığı 73, 74, 79
lezyonlar
  belirti ve işaretlerle ilişkilendirme 19
  beyin hasarı için tıbbi terim olarak 17
  ve Gage 17-19
  ve rüyalar 20
  sonucu uyku bozuklukları 17
limbik sistem 55, 170, 216, 259
lityum 235-36, 239

Mamut Mağarası 28
Marie, Pierre 98-99
Marks, Howard 103
melatonin 36-37, 39, 41-42, 63, 79, 282
meme kanseri 39-40, 90
Mendeleyev, Dmitri 254
Mignot, Emmanuel 239
migren 19-20, 89, 99, 150, 239-41
  ve elektriksel etkinlikler 15
  zihin-beden ilişkisi 99-100
Mister Pickwick'in Serüvenleri (Dickens) 86
Mitchison, Graeme 262
Mısır Rüya Kitabı 250, 258, 288
Munchausen sendromu 98, 107-8
  Dolaylı 107-8
mutasyon 29, 32, 39-40, 117, 118, 125, 168, 239, 290

narkolepsi 25, 73, 89, 101, 114-28, 130, 132-33, 137-38, 182, 231, 237 (*ayrıca bkz.* uyku)
  ve amigdala 123-24
  ve bataryaların şarj edilmesi 267
  ve H1N1 126-27
  ve halüsinasyonlar 181-82
  ve insomni 89, 137
  köpeklerde 116-17, 118
  nedeni 239-40
  ve Pandemrix 127
  ve uyku felci 181-82
  yeni tedaviler 137
New Yorker 269
Nordlander, Nils 151
nöromelanin 151

Occam'ın usturası 19
ogmentasyon 148-51, 155-56
operkulum 171
opiyatlar 155
ortosomni 291
Othello sendromu 107
otomatizm 201-2

östrojen 167

PANDAS 222
Pandemrix 127-28
paradoksal kinezi 78
parasomni 47, 51-55, 60-63, 104-6, 169-70, 174, 192-94, 197, 199, 201-3, 211, 215, 282
  ve alkol 201, 203
  ve standart tedavilerin başarısızlığı 217
Parinaud, Henri 98-99
pariyetal lob 165-66, 170, 171
Parkinson hastalığı 73-79, 89, 116, 145, 147, 149, 283
Parks, Kenneth 198-99
Pavlov, Ivan 283-84

Penfield, Wilder 166, 171
Platon 205
prazosin 261
progesteron 167
prostat kanseri 39
psikolojik manipülasyon 108-9
psikosomatik bozukluk 27, 41, 150
Ramachandran, V. S. 183-85
RDB, *bkz.* REM uykusu davranış bozukluğu
REM (hızlı göz hareketleri), *bkz.* rüyalar
Resimli Nöroloji ve Nöroşirürji 114-15, 137
retinohipotalamik sinir yolu 31
Richards, Keith 254
Rolling Stones 282
ropinirol 147, 148-49, 152, 153, 156
rüyalar (*ayrıca bkz.* uyku)
  bilinçli 185, 264-66
  çeşitlilikleri 183
  dinsel metinlerde 251
  duygusal içerikleri 78
  Freud'a göre, *bkz.* Freud, Sigmund
  işlevleri 12, 260-61, 291
  Mısır Rüya Kitabı'nda 250-51
  öyküsel yapı 54, 68, 252
  öznel 252
  REM uykusundan uyanırken 120
  REM, *bkz.* uyku: REM-dışı; uyku: REM
  uyanıkken 119, 180
  ve bastırılmış duygular/arzular 258
  ve beyin lezyonlar 20
  ve dünya modeli 263
  ve felç 180
  ve gece terörü 66-68
  ve gözlerdeki titreşim hareketleri 69-70
  ve ruh-beden ikiliği algısı 257-58
  ve uyku felci 185
  ve uyku yoksunluğu 269
  ve uykuda davranış bozukluğu, *bkz.* REM uykusu davranış bozukluğu;
  zaman içinde gelişen hikâyeler 72
Rüyaların Yorumu (Freud) 288

Sacks, Oliver 16, 23, 116
Salk Enstitüsü 12
Sanger Enstitüsü 117
savaş ya da sıvış tepkisi 53, 55, 87-88, 260, 274, 281
seksomni 192-98, 201-5, 211
Shelley, Mary 254
singulat korteks 49-50, 55
sirkadiyen saat 28-30 (*ayrıca bkz.* uyku)
  değiştirme çabalarının boşa çıkması 28
  genlerin etkisi 20
  kumanda odası 31
  ve birbirine bağlı yaşamlar 43-44
  ve bütün yaşam formları 28-29
  ve Büyük Oksidasyon Olayı 29
  ve DNA 39
  ve kanserler 30-40
  ve körlük 36
  ve melatonin 36-37, 41-42
  ve okul saatleri 38-39
  ve suprakiazmatik çekirdek 31, 36
  ve uyku evreleri 27, 37-38, 41
  ve vardiyalı çalışma 39-40, 43
  ve yaşamın evreleri 32-33
  yaşamın özüne işlemiş olması 29
  ve *Zeitgeber*'ler 30, 31, 33, 36, 38
siyah/kara madde (substantia nigra) 151
sodyum oksibat 266-67, 134-35
Sokrates 205
suprakiazmatik çekirdek 31, 36-37, 40-42
sürekli yorgunluk 81-82

şizofreni 228, 258, 281

talamus 231, 237, 265
Tamiflu 126
temporal lob 123, 165, 166, 170-73, 229
testosteron 77
topiramat 217
Tourette, Georges Gilles de la 99-100
travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) 182, 203-5, 260-61
  ve Asperger sendromu 203

Uyanışlar (Sacks) 116
uyku (*ayrıca bkz.* sirkadiyen saat; insomni; narkolepsi; gece etkinlikleri)
  aşırı uçlarda 48
  ve beden dışı deneyimler 183-86, 247
  ve beyin dalgası değişimleri 159
  ve delta dalgaları 48
  ve dolu idrar kesesi 61
  ve dünyanın dönüşü 27
  ve epilepsiyle ilintisi 167-68
  evreleri 21-22
  ve faz sendromları 31-34
  ve gecikmiş uyku fazı sendromu 27, 31-34
  genlerin etkisi 32
  göz kırpma ve gözkapağı hareketleri 69
  halüsinasyon 177-78
  ve homeostatik mekanizma 22
  ve horlama 19-20, 61-62, 84 (*ayrıca bkz.* uyku apnesi)
  izlenmesi 291-92
  kardeşlerle ortak özellikler 139
  karmaşık bir beyin fenomeni olarak 12
  kedilerde 71
  ve köpekler 70
  ve lezyonlar, *bkz.* lezyonlar
  ve narkolepsi 25, 73
  ve Occam'ın usturası 19
  REM uykusu 12, 21-22, 54, 68-72, 74, 78, 105-6, 119-22, 168, 180-82, 188, 193, 248, 252-56, 258-63, 265-66, 293 (*ayrıca bkz.* uyku: REM-dışı)
  REM uykusu davranış bozukluğu (RDB) 71-78, 105, 193
  REM-dışı uyku 21, 47, 48, 51, 54-55, 60-63, 105-6, 120, 168, 169-70, 181, 192-94, 199, 211, 215, 254, 301, 293
  ve rüyalar, *bkz.* rüyalar
  tek yarımküreli, hayvanlarda 48
  uyku felci 20, 89, 115, 120-21, 180-86, 266
  uyku hijyeni 285
  uyku için yeniden eğitim programı 285
  ve vücut saati 22, 27
  yerel uyku 59
  yoksunluğu 61
  zamanlamasında tercihler 32-33
uyku apnesi 20, 79, 84-96, 105, 140, 162-63, 182, 217
  ve Alzheimer hastalığı 90
  ve beyne etkileri 91-92
  ve demans 90
  etkilenenlerin oranları 13
  ve kalori alımı 88-89
  kalp sorunları ve kan basıncı 87-88
  ve melatonin 79
  ve nöroloji 89
  tarihte 86
  tedavi 92-93
uyku yoksunluğu 59, 61, 115, 120-21, 179, 183, 205, 253 (*ayrıca bkz.* insomni)
  ve derin uyku 61
  ve düşük oksijen düzeyi 89

Guantanamo'da 269, 285
ve HBS 157
insomni ile birlikte 274
insomni tedavisinde 284-85
ve iştah 40
nöbetlerin tetikleyicisi olarak 90, 167-68
ve okul performansı 33, 38-39
uykuda konuşma (sayıklama)
ve REM-dışı parasomniler 169
uykuda yeme
ve HBS 214-15
ve REM-dışı uyku 210-11, 215
ve tüketilen yiyecek türleri 209-10
yakın tarihte tanımlanmış olması 209
uyurgezerlik (*ayrıca bkz.* gece etkinlikleri; uyku)
ve ameliyat 49-50
"aşırı uçlarda" 45-46
adli tıp geçmişi 198
ve başa yerleştirilen elektrotlar 49-50
ve beyin dalgası etkinlikleri 48
bir çeşidi olarak uykuda konuşma (sayıklama), *bkz.* uykuda konuşma (sayıklama)
ve çevresel etkenler veya yaşam tarzı etkenleri 60
çocuklukta 47, 54
ve derin uyku 61
ve dış etkenler 201
ve epilepsi 49-50
gözler açıkken 72
ve ikizler 60
ilgili sorular 60
karanlık yüzü 53
ve nefes alma sorunları 45
ve REM-dışı parasomniler 169-70
ve "savaş ya da sıvış" 53, 55
seslerle tetiklenmesi 60
ve SPECT 49-50
ve suça giren eylemler 198-99, 201-2
tedavisi, ilaçlı ve ilaçsız 62-63

von Economo, Constantin 116, 117
vücut saati, bkz. sirkadiyen saat

Walker, Matthew 254, 260
Willis, Thomas 142

Zeitgeber 30-31, 33, 36-38, 41
zenomeli 185

—

METİS YAYINLARI

William B. Irvine

İNSAN NEDİR?

Doğal Tarihimize Bir Bakış

Çeviren: Özge Çelik

Kimiz ve neyiz biz? Bu sorunun cevabı, diyor felsefeci William B. Irvine, kime sorduğunuza göre değişir. Evrimsel biyologlara göre *Homo sapiens* türünün bir üyesi, mikrobiyologlara göre bir grup hücre, genetikçilere göre genlerin kontrolünde olan bir organizma, fizikçilere göreyse her birinin geçmişi çok eskilere dayanan bir grup atomdur insan. Bu cevapların hiçbiri tek başına yeterli değildir, ama tıpkı bir yapbozun parçaları gibi, bir araya geldiklerinde anlamlı bir tablo ortaya çıkarırlar.

Multidisipliner bir yaklaşımın ürünü olan bu kitapta Irvine, insanı iç içe geçmiş çeşitli kimlikleriyle ele alarak insan yapbozunun bütünlüklü bir resmini ortaya koyuyor. Bunu yaparken de, yeryüzünün devasa hayat ağacındaki ve evrenin akıl almaz ölçüde uzun tarihindeki mütevazı yerimizi görmemizi sağlıyor.

"Kim ve ne olduğunuz, nasıl var olduğunuz konusunda daha fazla şey öğrenince, dünyaya bambaşka bir gözle bakmaya başlayacağınızı umuyorum. Varlığınızın belki de tek bir kere olacak nice olayın gerçekleşmesiyle mümkün hale geldiğini de fark edeceksiniz: Bunun için yıldızların patlaması, Dünya'ya 4,5 milyar yıl önce bir gezegenin ve 66 milyon yıl önce bir asteroidin çarpması, mikropların mikropları yutması, Afrika savanasında iklimin değişmesi ve elbette doğrudan atalarınızın karşılaşıp çiftleşmesi gerekti. Varlığının nasıl da zorunsuz olduğunu anlayınca, insan bu evrenin bir parçası olduğu için ister istemez kendini şanslı hissediyor." – *William B. Irvine*

metis bilim | 57

Hayatımızın yaklaşık üçte birini uykuda geçiriyoruz ve uykunun fiziksel, nörolojik ve psikolojik sağlığımız açısından ne kadar önemli olduğunu biliyoruz. Ne yazık ki hepimiz gece boyu sıkı bir uyku çekip sabah zinde bir şekilde uyanacak kadar şanslı değiliz. Uzmanlık alanlarından biri de uyku bozuklukları olan nörolog Guy Leschziner bu kitabında uykuyla başı ciddi biçimde dertte olan hastalarının hikâyelerini anlatıyor: uykusunda motosikletine ya da arabasına atlayıp dolaşan Jackie; aksiyon filmlerini aratmayan rüyalar görürken o sahneleri bilfiil canlandırdığı için komik durumlara düşen Alex; espri yapıp güldüğü her seferinde birdenbire yere yığılıveren Adrian; uykusunda seks yapan Tom; uyurken hiç farkında olmaksızın tıka basa yiyen, yiyecek bulamadığında granül kahveden kuşyemine kadar birçok şeyi midesine indiren Don ve diğerleri.

"Peki bu hastalardan neden söz ediyorum? Daha da önemlisi, bunları neden okuyasınız ki?" diye soran Leschziner, anlattığı hikâyelerin uyku bozukluklarını uçlarda yaşayan insanlara dair olduğunu, ama bu uç durumları incelemenin uykunun genel işleyişine dair nispeten kısıtlı bilgimizi artırdığını söylüyor. Nitekim imsomni, narkolepsi, gece terörü, apne ve uyurgezerlik gibi bozukluklarla ilgili bu hikâyeleri okurken, uykunun biyolojik, sosyal, çevresel ve psikolojik faktörlerden etkilenen incelikli mekanizmasını ve bu mekanizmanın hayatımız üzerindeki etkilerini daha iyi anlıyoruz.



Metis Bilim
ISBN-13: 978-605-316-323-7

9 786053 163237

Metis Yayınları
www.metiskitap.com