

## İki Olgu Özelinde Uyku Terörü ve Tedavi Yaklaşımı Treatment Approach to Sleep Terror: Two Case Reports

Hatice SODAN TURAN, Nermin GÜNDÜZ, Aslıhan POLAT, Ümit TURAL

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Kocaeli, Türkiye

### ÖZET

Parasomniler uykuya geçiş sırasında ya da uykunun devamında, istenilmeyen anormal davranışların, fiziksel aktivite ve otonomik uyarılma belirtilerinin ortaya çıkması olarak tanımlanmaktadır. Parasomniler içerisinde sınıflandırılan uyku terörü (UT), uykunun ilk saatlerinde, delta uykusu sırasında meydana gelen, ağlama ya da yüksek sesli çığlıkla başlayan, otonomik belirtilerde artışla karakterize ani korku ataklarıdır. Erişkinlikte UT yaşam boyu yaygınlığı %1'in altındadır. Parasomnilerin klinik değerlendirmesinde, yatak eşinden alınan anamnez çok önemlidir. Yine uyku günlüğü, video kaydı gibi yöntemler tanı koymada yardımcı olabilir. Kişinin tıbbi özgeçmiş, alkol-madde kullanım öyküsü, ruhsal travma yaşantıları, birincil ve ikincil

kazançların varlığı ve ayrıntılı nörolojik değerlendirme taniye giden yolda önem taşımaktadır. UT sıklığı fazla ve işlevselliği ciddi oranda etkiliyorsa trisiklik antidepressanlar (TSA) ve seçici serotonin geri alım önleyicileri (SSGÖ) tedavide tercih edilebilir. Benzodiazepinler bağımlılığa ve/veya ilacın kesilmesinden sonra daha şiddetli UT nöbetlerine neden olabileceği için tedavide öncelikli olarak tercih edilmemektedir. Bu yazıda erişkinlikte nadir görülen UT kliniği ve tedavisinde uzun etkili benzodiazepin kullanımı iki olgu temelinde tartışılacaktır.

**Anahtar kelimeler:** Parasomniler, uyku terörü, klonazepam, hızlı göz hareketlerinin olmadığı uyku

### ABSTRACT

Parasomnias are a group of disorders characterized by abnormal behaviors, physical activities, and autonomic arousal symptoms while transition to sleep or continuation of sleep. Sleep terror (ST) is classified under parasomnias characterized by sudden fear attacks beginning with crying attacks or high-frequency screams and continuing with increased autonomic symptoms. ST occurs in the first few hours of sleep during the delta phase. Further, the lifetime prevalence of ST in adults is less than 1%. It is important to obtain; anamnesis from patients' bed partner for a clinical evaluation of ST. Methods, such as evaluating sleep diaries and video recordings, can help ST diagnosis. It is also important to evaluate patients'

medical history, history of substance or alcohol abuse, psychological traumatic experiences, primary or secondary incomes, and detailed neurological aspects. Physician can select some serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) or tricyclic antidepressants (TCADs) as medical treatment if patients have a high frequency of attacks. Because of addiction and relapse of ST episodes, benzodiazepines are not preferred as the first-line treatment. In this study, we will discuss ST, which is rare in adulthood, and use of long-acting benzodiazepine based on two cases.

**Keywords:** Parasomnia, sleep terror, clonazepam, non-rapid eye movement

### GİRİŞ

Parasomniler uykuya geçiş sırasında ya da uykunun devamında, istenilmeyen anormal davranışların, fiziksel aktivitelerin ve otonomik uyarılma belirtilerinin ortaya çıkması olarak tanımlanmaktadır (1). Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı IV'de (DSM-IV) parasomniler, kabus bozukluğu (rüya anksiyetesi bozukluğu), uykuda korku bozukluğu (uyku terörü), uyurgezerlik bozukluğu ve başka türlü adlandırılmayan parasomni olmak üzere kabaca dört bölüme ayrılmaktadır (2). Uluslararası uyku bozuklukları sınıflamasında (ICSD-2) ise parasomniler hızlı göz hareketlerinin olmadığı (NREM) dönem ile ilişkili bozukluklar (uyarılma bozuklukları), hızlı göz hareketlerinin olduğu dönem (REM) ile ilişkili bozukluklar ve diğer parasomniler olmak üzere temel olarak üç gruba ayrılmaktadır (3).

Her iki sınıflandırmada da parasomniler başlığı altında yer alan uyku terörü (UT), uykunun ilk saatlerinde, delta uykusu sırasında (NREM dönemi ile ilişkili) meydana gelen, ağlama ya da yüksek sesli çığlıkla başlayan, otonomik belirtilerde artışla belirli ani korku ataklarıdır (4). Klinik olarak kişi çığlık atarak, korkarak ya da ani ve kendine zarar verici hareketler (fırlama, koşma, bir yere çarpma, yanındaki kişiye vurma gibi) yaparak kalkar. Kişi bu sırada dış uyaranlara yanıtızdır ve genellikle yanındaki kişi tarafından zorlanarak uyandırılır. Uyandırdığında yönelim ve bellek sorunları gibi bilişsel bozulma belirtileri yaşayabilir, konfüzedir ve duygulanımında korku hali belirgindir. Bu ruhsal belirtilere ilaveten çarpıntı, terleme, titreme, ciltte kızarıklık, göz bebeğinde büyüme gibi otonomik sistem aşırı uyarılmasına ait bedensel belirtiler de görülür. Genellikle yetişkinler ertesi gün gece yaşadıklarını hatırlayamazken, çocuklar korkularını belli belirsiz hatırlar (5,6).

Bu olgu, 48. Ulusal Psikiyatri Kongresi'nde (9-13 Ekim 2012, Bursa, Türkiye) poster bildirisi olarak sunulmuştur.

This paper has partially been presented at 48<sup>th</sup> National Psychiatry Congress (October 9–13, 2012, Bursa, Turkey) as a poster.



**Yazışma Adresi/Correspondence Address:** Dr. Ümit Tural, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Kocaeli, Türkiye  
Tel: +90 536 604 99 08 E-posta: turalu@kocaeli.edu.tr; turalu@hotmail.com

**Geliş Tarihi/Received:** 12.06.2013 **Kabul Tarihi/Accepted:** 03.01.2014

©Copyright 2015 by Turkish Association of Neuropsychiatry - Available online at www.noropsikiyatriarsivi.com

©Telif Hakkı 2015 Türk Nöropsikiyatri Derneği - Makale metnine www.noropsikiyatriarsivi.com web sayfasından ulaşılabilir.

Uyku terörü sıklıkla çocukluk döneminde (5-7 yaşları arasında) görülmekte ve ergenlik döneminde kendiliğinden düzeltilmektedir. Dört-on iki yaş arasındaki UT yaygınlığı %3 civarındadır. Erişkinlerde ise UT yaşam boyu yaygınlığı %1'in altındadır (7). Genetik faktörler önemlidir ve birinci dereceden akrabalar arasında görülme riski, ailelerinde hastalık olmayanlara göre, on kat daha fazladır (8). Etiyolojisinde merkezi sinir sisteminin olgunlaşması ile ilgili faktörlerin rol aldığı düşünülmekle beraber, şizoid, borderline ve bağımlı kişilik bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu ve uyurgezerlik ile birlikteliği sık olarak bildirilmektedir (9).

Uyku terörü tanısının ayırıcı tanısında kabus bozukluğu düşünülmeli ve öykü alınırken dikkatli olunmalıdır. Kabus bozukluğu, daha çok geceleri ilerleyen saatlerinde (uykunun REM döneminde) olması, motor aktivitenin az olması, kişinin uyanığında konfüze olmaması, kabuslarını ayrıntılı olarak hatırlaması ve uandıktan sonra yöneliminin hemen yerine gelmesi ile UT olgularından ayrılır (7). Ayırıcı tanıda dikkat edilmesi gereken bir diğer durum ise DSM sınıflandırma sisteminde yer almayan fakat ICDSD-2'de tanımlanmış olan REM uykusu davranış bozukluğudur. REM Uykusu Davranış Bozukluğu; REM uykusunda olması gereken atoninin olmaması ile ortaya çıkan artmış motor eylemlerdir. Sıklıkla ileri yaşta görülen, REM uykusu boyunca, kişinin genel kişilik özellikleri ile uyumsuz şiddet davranışları (vurma, bağırma, küfretme gibi) sergilemesi ile karakterize bir bozukluktur. Uykudan uyanıklığa geçiş çok hızlı olur, kişi o sırada gördüğü rüyayı hatırlar ve konfüzyon görülmez (7).

Parasomnilerin klinik değerlendirmesinde, yatak eşinden alınan öykü çok önemlidir. Yine uyku günlüğü, video kaydı gibi yöntemler tanı koymada yardımcı olabilir. Kişinin tıbbi özgeçmiş, alkol-madde kullanım öyküsü, ruhsal travma yaşantısı, birincil ve ikincil kazançların varlığı ve nörolojik açıdan ayrıntılı değerlendirilmesi tanıya giden yolda önem taşımaktadır (1).

Uyku terörü tedavisinde ilk adım, yatak odası güvenliğinin sağlanması, hastada fiziksel zarara neden olabilecek nesnelerin etraftan uzaklaştırılmasıdır. Yine alkol-madde ile tetiklendiği fark edilen olgularda sedatif-hipnotik maddelerden kaçınılmalıdır. Uyku hijyeni ile ilgili bilgilendirme ve eğitim yapılmalı, uyku-uyanıklık döngüsüne dikkat edilmelidir. UT atakları nadiren ortaya çıkıyorsa tedavide sayılan bu basamaklar yeterli olabilir. Atak sıklığı fazla ve işlevselliği ciddi oranda etkiliyorsa trisiklik antidepresanlar (TSA) ve seçici serotonin geri alım önleyicileri (SSGÖ) tedavide tercih edilebilir. Benzodiazepinler bağımlılığa ve/veya ilacın kesilmesinden sonra daha şiddetli UT ataklarına neden olabileceği için tedavide öncelikli olarak tercih edilmezler (10). Bu yazıda, hastaların onaminin alınmasını takiben, erişkin dönemde nadir görülen UT kliniği ve tedavisinde uzun etkili benzodiazepin kullanımı iki olgu tartışılmıştır.

## OLGULAR

### Olgu 1

KE, 58 yaşında, ilkökul mezunu, evli, kadın hastaydı. Kabus görme, uykuda bağırma ve bu sırada uyanamama şikayetleriyle psikiyatri polikliniğine başvurmuştu. Hastanın şikayetlerinin yaklaşık iki yıl önce kalça kırığı nedeniyle geçirdiği protez ameliyatı sonrasında başladığı anlaşılmıştır. Hasta, 6-7 ay içerisinde değişen doz ve sürelerde sertraline, ketiapin, alprozolam, olanzapin tedavileri görmüş fakat tedaviden fayda görmemiştir. Uykuda bağırma, yatak içerisinde artmış hareketlilik oluyor ve eşi hastamızı uyandırmak zorunda kalyormuş. Gün içinde zihni sürekli gördüğünü düşündüğü kabuslarla meşgul oluyor, fakat rüyasının içeriğini tam olarak hatırlayamıyormuş. Gece uykusu bu şekilde bozulduğu için gündüz yorgunluk ve uykuluk hali işlevselliğini etkilemektedir. Psikiyatrik değerlendirmelerin ardından halen kullandığı psikotropolar azaltılarak kesildi, özgeçmişinde alkol-madde kullanım öyküsü olmayan hastanın yapılan biyokimya, hemogram, toksik ilaç

tarama, tiroit fonksiyon testleri, B<sub>12</sub> vitamini ve folik asit seviyeleri normal olarak saptandı. Romatizmal markerlar, viral enfeksiyon markerları negatif olarak saptandı. Kranial manyetik rezonans görüntüleme (MRG), elektroensefalografi (EEG) ve video EEG çekimlerinde anormallik saptanmadı. Nörolojik muayenesi ve nöroloji konsültasyonu sonucu, normal bulgular olarak değerlendirildi. Hastaya DSM IV Eksen I bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği'ne (SCID-I) (11) göre "uyku terörü" tanısı konuldu. Başlangıç tedavisi müdahalesi olarak davranışçı yöntemler seçildi ve hastadan uyku günlüğü tutması istendi ve uyku hijyeni ile ilgili eğitim verildi. İzlemede hasta ilgili kabuslarını hatırlayamadığı için uyku günlüğünü yazamadığını, gece yaşadığı korkulu anları "kabus görüyor olmalıyım" diye düşündüğünü, gece yaşadıklarını eşinin anlatımlarına göre not aldığını, yüzünün kızardığı, nefes alış verişinin değiştiğini, ellerde ve kollarda etrafa çarpma, vurma gibi ani hareketlerin olduğunu not etmişti. Salt davranışçı yöntemlerle istenilen gelişme sağlanamaması ve hastanın takiplerinde şikayetlerinin devam etmesi üzerine klomipramin 75 mg/gün, lorazepam 1mg/gün tedaviye eklendi. Uykuya dalma ve uykuyu sürdürme şikayetleri azaldı fakat kabuslar, gece bağırma, uykuda hareketlilik ve sabah yorgun uyanma şikayetleri devam eden hastanın ilaçları azaltılıp kesildi ve klonazepam oral damla 1 mg/gün dozunda başlandı. Kabusları üçüncü günden itibaren azaldı, uyku kalitesi arttı, gece bağırması, uykuda şiddet davranışları ve aşırı zihinsel uğraşları azaldı. Bu tedaviye aynı dozda bir ay daha devam edildi ve birinci ayın sonunda hastanın şikayetlerinde tamamen düzeldiği hasta ve eşi tarafından bildirildi. Klonazepam oral damla (1 mg/gün) tedavisi ile ayda bir poliklinik takipleri ve tamamen iyilik hali devam eden hastanın 8. ayın sonunda ilaç tedavisi her hafta 0,2 mg (iki damla) azaltılarak bir ayda sonlandırıldı. Altı aylık izlemin sonunda hastanın UT ataklarında yineleme olmadığı gibi herhangi bir yoksunluk belirtisi de gözlenmedi.

### Olgu 2

EÇ 70 yaşında, ilkökul mezunu, evli, erkek hastaydı. Psikiyatri polikliniğine korkunç rüyalar görme, uykuda kendine zarar veren davranışların olması, uyanma sırasında terleme, yüzde kızarma, bağırma şikayetleriyle başvurmuştu. Şikayetlerinin sekiz ay önce başladığı, uyku sırasında yaşadığı şikayetlerin haftada en az iki gece olduğu, diğer gecelerde ise "olacak mı" kaygısı yaşadığı öğrenildi. Hastanın uyuyup uyumadığını anlayamama, korkunç rüyalar görme fakat rüya içeriğini hatırlayamama, uyku sırasında bağırma, kendine vurma, el ve kollarda istemsiz hareketler, yataktan düşme, başını çarpma gibi şikayetleri mevcuttu. Eşinin uyandırma çabaları sonucunda uykudan uyanıyor, uyanığında süreci ve rüya içeriğini hatırlamıyor fakat kendisini çok yorgun hissettiğini ifade ediyordu. Sağlıksız uyku düzeni nedeniyle gün içerisinde yorgunluk, halsizlik, dikkatini sürdürmede sorunlar ve işlevselliğinde bozulma yaşıyordu. Bunlara ilaveten akrabalarında uyuyamaması (UT atağı beklentisi nedeniyle) yoğun ailevi sorunlar oluşturuyordu. Hastanın 6 ay önce aynı şikayetlerle bir psikiyatri kliniğine başvurduğu, ketiapin, imipramin, klomipramin, sertraline ve diazepam tedavisinden fayda görmediği ve şu an ilaç kullanmadığı öğrenildi. EÇ'nin özgeçmişinde ve soy geçişinde özellik yoktu. Genel tıbbi durumun dışlanması için yapılan tetkiklerinde açıklayıcı bulgu saptanmadı. Hastaya DSM IV Eksen I bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği'ne (SCID-I) (11) göre UT tanısı konuldu ve klonazepam oral damla 1mg/gün başlandı. Hasta tedaviden belirlenir fayda gördü. Altı ay boyunca hastanın hiç uyku terörü nöbeti olmadı. Bunun üzerine ilaç tedavisi her hafta 0,2 mg (iki damla) azaltılarak bir ayda sonlandırıldı. Halen takipleri sürmekte olan hastanın üç aydır UT nöbeti olmadığı görüldü. Klonazepam kesilmesine bağlı yoksunluk belirtileri gözlenmedi.

### TARTIŞMA

Epidemiyolojik verilere göre erişkinlik döneminde nadiren görülmekle beraber, UT olguları psikiyatri poliklinik uygulamalarında hekimlerin karşılaşılabileceği olgular olmaktadır. UT tedavisi ile ilgili bilgilerimiz henüz net 205

olmadığı için hekimler tarafından farklı tedavi seçenekleri kullanılmaktadır. UT sıklıkla çocuklarda görülen ve çoğu zaman ilaç tedavisine gerek kalmadan koruma önlemlerinin alınması ile tedavi edilebilen ya da kendiliğinden düzelen bir kliniğe sahipken (12), erişkin yaş grubunda tedavi yöntemleri, belirti ve bulguların sıklığı ve şiddeti konusu netlik kazanmamıştır.

Uykü terörü tedavisinde uzun etkili benzodiazepin kullanımı ile ilgili endişeler olmasına rağmen tedavide ilk basamakta tercih edilen SSGÖ ve TSA kullanımına yanıt vermeyen iki olgumuzda kullandığımız klonazepam tedavisinin etkili olduğu görülmüştür. İki olguda da klonazepam tedavisinin kesilmesinin ardından, 3-9 aylık izlemlerinde, UT belirtilerinde şiddetlenme ya da yinleme görülmemiştir. Bu gözlem klonazepamın UT tedavisinde bir seçenek olabileceğini akla getirmektedir. Benzodiazepinlerin, NREM uykusunun yavaş dalga uykusu olarak bilinen evre 3 ve 4'ü baskıladığı bilinmektedir (13). UT de uykunun bu evresinde oluşmaktadır (3). Bu nedenle UT tedavisinde benzodiazepin kullanımının yeri olabileceği düşüncesi akla gelmektedir. Ancak benzodiazepin kullanımı ile bağımlılık gelişme riski, ilacın kesilmesi sonrasında belirtilerin daha şiddetli olarak yeniden ortaya çıkması (rebound) riski mevcut olduğundan benzodiazepin kullanımı ile ilgili tereddütler vardır (10). Uygun endikasyon, dikkatli bir takip, benzodiazepinlerin tedrici olarak kesilmesi gibi konulara dikkat edildiğinde bu ilaçlar, bizim iki olgumuzda da görüldüğü gibi, etkin ve güvenli bir seçenek olabilir.

Yazına bakıldığında non-REM veya REM dönemi uykü bozukluklarının yasal sorunlara yol açabileceği ve bununla ilgili yasal süreçlerin net olmadığı da göz önüne alınacak olursa (14) erişkinlerde UT olgularının yaygınlığının ve sıklığının, belirti şiddetinin ve tedavi stratejilerinin aydınlatılması önem taşımaktadır. Tüm bunları göz önüne aldığımızda bu alanlarda yapılacak epidemiyolojik çalışmalara ve UT yaygınlığının azlığı nedeniyle tedavi alanında yapılacak olgu bildirimlerine ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

**Çıkar Çatışması:** Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

**Finansal Destek:** Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

**Conflict of Interest:** No conflict of interest was declared by the authors.

**Financial Disclosure:** The authors declared that this study has received no financial support.

## KAYNAKLAR

1. Plante DT, Winkelman JW. Parasomnias. *Psychiatr Clin North Am* 2006; 29:969-987. [CrossRef]
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)*. Washington DC; 2000.
3. Avidan AY, Kaplish N. The parasomnias: epidemiology, clinical features and diagnostic approach. *Clin Chest Med* 2010; 31:353-370. [CrossRef]
4. Kales JD, Kales A, Soldatos CR, Caldwell AB, Charney DS, Martin ED. Night terrors. Clinical characteristic and personality pattern. *Arch Gen Psychiatry* 1980; 37:1413-1417. [CrossRef]
5. Yılmaz H. Parasomniler. Kaynak H, Ardic S Editörler. *Uykü Fizyolojisi ve Hastalıkları içinde*. 1. Baskı. İstanbul: Nobel Matbaacılık, Türkiye Uykü Tıbbi Derneği Yayınları; 2011; 333-348.
6. Presman MR. Factors that predispose, prime and NREM parasomnias in adults: Clinical and forensic implications. *Sleep Med Rev* 2007; 11:5-30. [CrossRef]
7. American Academy of Sleep Medicine, *The international classification of sleep disorders: diagnostic and coding manual 2001*; 141-214.
8. Tuncel D, Orhan FÖ. Parasomniler: Tanı, sınıflama ve klinik özellikleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2009; 1:280-296.
9. Crisp AH, Matthews BM, Oakey M, Crutchfield M. Sleepwalking, night terrors and consciousness. *BMJ* 1990; 300:360-362. [CrossRef]
10. Szucs A, Janszky J. Treatment of sleep disorders. *Orv Hetil* 2005; 146:659-664.
11. Çorapçoğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M, Esen A, Koroglu E. DSM-IV Eksen I Bozuklukları (SCID-I) için Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Klinik Versiyon. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1999.
12. Sheldon SH. Parasomnias in childhood. *Pediatr Clin North Am* 2004; 51:69-88. [CrossRef]
13. Stahl SM. *Anxiety Disorders and Anxiolytics*. Stahl SM Editör. *Essential psychopharmacology: Neuroscientific basis and practical applications içinde*. 3. Baskı. Cambridge University Press; 2008; s.721-773.
14. Schenk CH. Uyküde çözülen paradoks. 1. Baskı. Aydın H, Karacan I, çev editörü. Ankara, Hekimler Yayın Birliği; 2006.