

CİNSEL İSTİSMARDA UYURGEZERLİK: OLGU SUNUMU

Sleepwalking in Sexual Abuse: Case Report

Gülen GÜLER, Veli YILDIRIM, Fevziye TOROS

Güler G, Yıldırım V, Toros F. Cinsel istismarda uyurgezerlik; olgu sunumu. Adli Tıp Bülteni, 2013;18(3):101-104.

ÖZET

Çocukluk çağında maruz kalınan fiziksel, cinsel ve duygusal ihmal ve/veya istismar birçok ruhsal bozukluğa yol açabilmektedir. Cinsel istismar sonrası en sık karşılaşılan ruhsal bozukluklar; anksiyete bozuklukları, depresyon, posttravmatik stres bozukluğu, yeme bozukluğu ve uyku bozukluklarıdır. Hemen hemen her ruhsal bozukluk uyku düzenini etkilemesine rağmen cinsel istismarın uyurgezerliği tetiklemesi nadir görülmektedir. Bu olgu sunumunda, cinsel istismar ile tetiklenen uyurgezerlik olgusu tartışılacaktır.

Anahtar kelimeler: Cinsel istismar; uyurgezerlik; posttravmatik stres bozukluğu.

ABSTRACT

Physical, sexual and emotional abuse in childhood can lead to many other psychiatric disorders. The most common psychiatric disorders after sexual abuse are anxiety disorders, depression, post traumatic stress disorder, eating disorders and sleep disorders. Although almost all psychiatric disorders can affect sleep patterns, triggering sleep walking due to sexual abuse is a rare condition. In this case report, sleepwalking triggered by sexual abuse case will be discussed.

Key words: Sexual abuse; sleepwalking; post traumatic stress disorder.

GİRİŞ ve AMAÇ

Amerikan Ulusal Çocuk İstismarı ve İhmali Merkezi'nin (NCCAN) tanımına göre çocuk ve erişkin arasındaki temas ve ilişki, erişkinin veya başka birinin cinsel uyarımını sağlamak amaçlıysa bu çocuğun cinsel

istismarı olarak kabul edilmektedir (1). Çocukluk çağı cinsel istismarı önemli yaşam travmalarından birisidir ve ileride oluşabilecek birçok ruhsal sorunun altında yatan sebebi olabileceği bilinmektedir. Cinsel istismar sonrası en sık karşılaşılan ruhsal bozukluklar; anksiyete bozuklukları, depresyon, posttravmatik stres bozukluğu (PTSB), yeme bozukluğudur. Uyku bozuklukları da istismar sonrası ruhsal sorunlar arasında yüksek oranda yer almaktadır (2).

Uyku bozuklukları türü olan parasomniler, uyku sırasında ortaya çıkan karmaşık ve amaçlı gibi görünmesine rağmen bireyin bilinçli farkındalığında olmayan uygunsuz hareketlerdir (3). Uyurgezerlik ise gecenin ilk 1/3'lük kısmında ortaya çıkan ani motor aktivitelerin başlaması ile karakterize bir tablodur (4). Uyurgezerliği olan çocuk gece yatağından kalkıp dolaşabilmekte, başka yerlere gidebilmektedir. Bu sürede, genellikle çocuk bağırıp çığlık atmadığı için sabah yatağından başka bir yerde bulunabilmektedir. Uyurgezerliği olan çocuk, sabah uyandığında uykusunda yaşadığı bu olayı hatırlayamamaktadır (5).

PTSB, olağan dışı öreseyici bir olaydan sonra kişinin günlük hayatında travmatik olayı tekrar tekrar yaşamasına neden olan, kişiyi hatırlatıcı uyarılardan kaçınma davranışı içine sokan ve aşırı uyarılmışlık belirtilerinin görüldüğü bir anksiyete bozukluğudur (4). PTSB'nin temel özelliklerinden aşırı uyarılmışlık belirtileri arasında uykuya dalma güçlükleri, uyuyamama gibi uykuya ilişkili semptomlar mevcuttur.

Bu olguda, PTSB tablosu içerisinde yer alan uyku semptomlarından farklı olarak cinsel istismar sonrası ortaya çıkan uyurgezerlik, literatür eşliğinde tartışılmak amacıyla paylaşılmıştır.

OLGU

Olgu, ilkokul birinci sınıfa giden, 6.5 yaşında bir kız çocuğudur. 5237 sayılı TCK.'nın 103/6. maddesi gereğince maruz kaldığı cinsel istismar olayına bağlı olarak beden ve ruh sağlığının bozulup bozulmadığının değerlendirilmesi amacıyla Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğimize yönlendirildi.

Olgunun yapılan adli psikiyatrik muayenesinde; yaşında gösteriyordu, öz bakımı iyi düzeydeydi, göz teması aralıklıydı, görüşmede çekingen tavırlar sergiledi. Bilinç açık, koopere, yer, zaman ve kişi oryantasyonu tamdı. Konuşma hızı yavaştı, kelime dağarcığı yeterliydi. Duygudurumu depresif, duygulanımı anksiyözdü. Çağrışımları düzgün, amaca yönelikti. Dikkati hafif dağınıktı. Bellek kusuru saptanmadı. Düşünce içeriğinde sanrı ve varsanı yoktu.

Öyküsünde; 6 ay önce 15 yaşındaki amcasının oğlunun, oyun oynamak, çiçek toplamak bahaneleriyle evin yakınlarında bir ahıra götürdüğü, pijamasını çıkartıp bacak arasına süründüğü, ses çıkarmamasını söyleyerek kızdığı, bağırınca ayağına taşla vurduğu, ciddi darbeler alacak şekilde dövdüğü, olanları kimseye anlatmamasını yoksa kendisini öldüreceğini söylediği öğrenildi. Çocuk, amcasının oğlundan korktuğu için yaşadıklarını kimseye anlatamadığını söyledi. En son adli başvurudan 2 gün önce amcasının oğlunun, çocuğu tuvalete götürdüğünde, çocuğun seslerinin anne tarafından duyulması sonucu istismar olayının açığa çıktığı bildirildi.

Annesi çocuğun son 2-3 aydır okula gitmek istemediğini, sık sık evden kaçtığını, dışarı çıkmadığında da odasında kalıp yatağın içinden çıkmadığını ifade etti. Amcasının oğlunun evlerine gelmesini istemediğini, “O beni dövüyor, O’nu eve almayın” dediğini söyledi. Ancak, çocuk sözlerine inanmadıklarını anlattı. Eskiye göre sinirli, hırçın, söz dinlemez olduğunu, gece uykularının bozulduğunu, iştahının azaldığını belirtti. “O bizim evde mi?” diye sık sık sorular sorduğunu da ifadelerine ekledi.

Ruhsal muayene sırasında kendisinden alınan bilgiye göre; amcasının oğlundan çok korktuğunu, rüyalarına girdiğini anlattı. O’ndan korktuğu için okula gitmek istemediğini, yakalayıp ahıra ya da tuvalete götürüp döveceğini ve pijamasını çıkarıp bakacağını ifade etti.

Özgeçmişinde, sağlıklı bir gebelik sürecinden miadında, spontan vaginal yolla doğduğu, doğum ve sonrasında herhangi bir komplikasyon yaşanmadığı,

gelişim basamaklarını zamanında tamamladığı öğrenildi.

Olgunun muayenesi sonucunda ruhsal muayene raporu; adli raporu, PTSD tanısı konularak, ruh sağlığının bozulduğu şeklinde düzenlendi. Olgu, psikofarmakolojik tedavi ve takip sürecine alındı. Fluoksetin 10 mg başlanarak 1 ay sonra kontrole çağırıldı. 1 ay sonraki kontrolünde çocuğun fluoksetin şurubunu acı olduğu için düzensiz kullandığı ve eski semptomlarının devam ettiği öğrenildi. Eski semptomlara ek olarak; gece uykuda sıçramaların başladığı, uykunun ilk yarısında uyanıp evin içerisinde gezindiği, mutfağa gidip yemek yediği, sabah ne gezindiğini ne de yemek yediğini hatırlamadığı öğrenildi. Daha önce uyurgezerlik şikayeti olmayan olgu, travma sonrası tetiklenen uyurgezerlik olarak değerlendirildi.

TARTIŞMA

Pediyatrik PTSD olgularında uyku ile ilişkili semptomlar oldukça önemlidir. Uyku problemleri, PTSD gelişmesi için risk faktörü iken, kabusların ve uyku semptomlarının tedavisi de PTSD' de olumlu gidişat ile ilişkilidir (6). PTSD' si olanlarda, kontrollere göre REM uyku döneminde yüksek noradrenerjik aktivite saptanmıştır. Hiperadrenerjik durum PTSD' de artmış uyarılmışlıktan, intruzif düşüncelerden ve kabuslardan sorumludur. Bu yüksek aktivitenin prazosin (alfa 1 reseptör blokajı) ile blokajıyla kabuslar ve PTSD semptomlarının hızla azaldığı bildirilmiştir (7). PTSD' deki gece olayı tekrar yaşantılayarak korkulu rüyalar, kabuslar görme, uykuya dalamama, uyku kalitesinin bozulması, gece sık sık uyanma gibi belirtiler bu hiperadrenerjik durumla ilişkili olduğu düşünülmektedir. Prazosin tedavisinden fayda görülmesi de bunu destekler niteliktedir. Kötü ve korkulu rüyalar hem REM hem de Non-REM uykusunda oluşabilmektedir (8).

15-90 yaşları arasında 1832 kişinin katıldığı, PTSD ile ilişki uyku bozukluklarının araştırıldığı bir çalışmada; PTSD tanısı olanlarda (%39.6), PTSD olmayanlara (%6.5) göre daha fazla uykusuzluk şikayeti bulunmuştur. Ayda en az bir kez olan kabuslar PTSD tanısı olanlarda daha fazla saptanmıştır. Uykuda şiddet ve tehlikeli davranışlar (yumruk atma, tekmeleme vs.) gibi durumlar PTSD tanısı olanlarda 10 kat daha fazla gözlenmiştir. Olguların %70' inde bu davranışlar gecenin ilk yarısında ortaya çıkmış, bundan dolayı REM uykusu sırasında oluşma olasılığı daha az olduğu söylenmiş ve şiddet,

hareketlilik içeren davranışların daha çok Non-REM ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (9). PTSD' si olan olgularda uyku sırasında yüksek motor aktivite Non-REM uykusunda bildirilmiştir (10). Uyku paralizisi ve gece konuşması gibi parasomniler PTSD' si olanlarda daha sıklıkla saptanmıştır. Ama bu çalışmada uyurgezerlik epizodu hiç bildirilmemiştir (9). Bu çalışmadan farklı olarak bizim olgumuzda PTSD sonrası uyurgezerlik tablosu ortaya çıkmıştır.

Bazı olgularda uyurgezerlik, PTSD' de bastırılmış travmatik deneyimin uykuda motor aktivite artışı ile yeniden yürürlüğe girmesi olarak değerlendirilmiştir (11). Bu açıdan bakıldığında, uyurgezerlik ve gece terörü gibi durumların PTSD semptomu ya da PTSD habercisi olabileceği göz ardı edilmemelidir. 10 bireyin uyurgezer, 12 bireyin de gece terörü olduğu, 22 kişilik bir çalışmada; olguların %27 sinde travmatik deneyimlerin olduğu, çoğu durumda bunun çocukluk döneminde ciddi istismar veya ihmal şeklinde olduğu görülmüştür (12) Disosiyatif bozuklukların da çocukluk döneminde %90-100'ünün ağır travma yaşadıklarının belirtildiği olgu serileri vardır (13). Disosiyatif olguların %75'inde uyku bozukluğu vardır, ancak disosiyatif bozuklukta uyurgezerlik çok nadir görülmüştür. Uyurgezerlik ve hipnagogik halüsinasyonlar genellikle travmaya disosiyatif cevapla ilişkili iken, gece korkuları ve kabuslar posttravmatik kaynaklı uyku bozukluklarıdır (14). Uyurgezerlik ve gece terörü travmatik olaya dair bir bilgi içermemesi ile PTSD' nin semptomu olan travma içerikli kabuslardan ayrılır.

Uyurgezerlik yaygınlığı %2.5-5 dolaylarındadır. Başlangıç yaşı 5 yaş civarı, en sık görüldüğü yaş 12 civarıdır, sonrasında azalır ve 15 yaş sonrasında genellikle geçmektedir (4). Bu olguda uyurgezerliğin daha erken yaşlarda ortaya çıkmasının yaşanan cinsel istismara, PTSD tablosuna ya da önerilen antidepresan tedavisine bağlı olabileceği düşünülmüştür.

Literatürde nöroleptikler, hiptonikler, lityum, amitriptilin ve B-Blokerlerin uyurgezerliğe sebep olabileceği bildirilmiştir (15). Olgu fluoksetini düzensiz 20 gün süreyle kullanmıştır. Ancak fluoksetin uzun etkili yarı ömre sahiptir; olgu ilacını 20 gün kadar kısa süre kullanmasına rağmen etkileri bıraktıktan sonra da bir süre devam edebileceği bilinmektedir. (16). Uyurgezerliğin düşük bir olasılık olsa da fluoksetinle indüklenebileceği düşünülmektedir. Serotonin reuptake inhibitörleri (SSRI) ile tetiklenen uyurgezerlik olguları olduğu gibi (16),

tedavisinde SSRI kullanımı ile düzelen uyurgezerlik olguları da mevcuttur (18).

PTSD tedavi edilse bile uykuya dalmada güçlük, uyurgezerlik ve gece terörü gibi uyku bozuklukları ciddi ve daha kalıcı olabilmektedir (19-21). Benzeri şekilde depresyonun rezidüel belirtilerinden biri de uyku problemleridir (22). Uyku problemleri yaşayan erişkinlere bakıldığında çocukluk çağı istismarının risk faktörü olduğu (23), istismarın süresi ve istismarın başlangıç yaşının yaşanan uyku problemleri ile korele olduğu saptanmıştır (24). Bazen çocuklar da dahil olmak üzere bireyler için cinsel, fiziksel ya da duygusal istismara maruz kaldığını açıklamak utanç verici, üzücü olabilmektedir. Bireyler travmasını anlatmaktan çok yaşadığı semptomları (uyku ve iştah problemleri, somatik semptomlar vs) anlatabilir. Olguların semptomlarının altında yatan esas nedenlerin detaylı araştırılması ve tedavide dikkat edilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. Guidelines for the evaluation of sexual abuse in children Pediatrics. 1991;87: 254-60.
2. Chen LP, Murad MH, Paras ML, Colbenson KM, Sattler AL, Goranson EN et al. Sexual Abuse and Lifetime Diagnosis of Psychiatric Disorders: Systematic Review and Meta-analysis. Mayo Clin Proc. 2010;85(7):618-29.
3. Öztürk MO, Uluşahin A. ed. Ruhsal Etkenlere Bağlı olan Fizyolojik İşlev ya da Yapı Bozuklukları. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları II. Ankara: 2011:635.
4. Toros F. Uyku ve Uyku Bozuklukları. Çuhadaroğlu F, Coşkun A, İşeri E, Miral S, Motavallı N, Pehlivan Türk B, Türkbay T, Uslu R, Ünal F ed. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. Ankara, 2008:578-86.
5. Anders TF. Sleep Disorders. Child and Adolescent Psychiatry A Comprehensive textbook. In Martin A, Volkmar FR, eds. 4th ed. Philadelphia, 2007: 629.
6. Charuvasta A, Cloitre M. Safe enough to sleep: sleep disruptions associated with trauma, posttraumatic stress and anxiety in children and adolescents. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2009; 18:877-891.
7. Newport DJ, Nemeroff BC. Neurobiology of posttraumatic stress disorder. Curr Opin Neurobiol. 2000; 10:211-218.

8. Mellan TA, Kulick-Bell R, Ashlock LE, Nolan B. Sleep events among veterans with combat-related posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*. 1995; 152:110-115.
9. Ohayon MO, Shapiro CM. Sleep disturbances and psychiatric disorders associated with posttraumatic stress disorder in the general population. *Compr Psychiatry*. 2000;41(6):469-78.
10. Hurwitz TD, Mahowald MW, Kuskowski M, Engdahl BE. Polysomnographic sleep is not clinically impaired in Vietnam combat veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry*. 1998;44:1066-1073.
11. Calogeras RC. Sleepwalking and the traumatic experience. *Int J Psychoanal*. 1982;63(Pt 4):483-9.
12. Hartman D, Crisp AH, Sedgwick P, Borrow S, Is there a dissociative process in sleepwalking and night terrors? *Postgrad Med J*. 2001;77(906):244-49.
13. Putnam FW, Child development and dissociation. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 1996;5(2):285-302.
14. Zoroğlu AS. Disosiyatif Bozukluklar. Çuhadaroğlu F, Coşkun A, İşeri E, Miral S, Motavallı N, Pehlivan Türk B, Türkbay T, Uslu R, Ünal F ed. *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı*. Ankara, 2008: 438-54.
15. Mathew T, Sarma GR, Nadig R, Varghese R. Topiramate-induced somnambulism in a migraineur: a probable idiosyncratic adverse effect. *J Clin Sleep Med*. 2012;15;8(2):197-8.
16. Öztürk MO, Uluşahin A, ed. *Ruhsal Bozukluklarda İlaç Sağaltımı, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları II*, Ankara: 2011:891.
17. Kawashima T, Yamada S. Paroxetine-induced somnambulism. *J Clin Psychiatry*. 2003;64(4):483.
18. Schenck CH, Hurwitz TD, O'Connor KA, Mahowald MW. Additional categories of sleep-related eating disorders and the current status of treatment. *Sleep*. 1993;16(5):457-66.
19. Caldwell BA, Redeker N. Sleep and Trauma: an overview. *Issues Ment Health Nurs*. 2005;26: 721-38.
20. Cohen JA. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *J Am Child Adolesc Psychiatry*. 1998;37: 4S-26S.
21. Stover CS, Berkowitz S, Marans S, Kaufman J. Posttraumatic stress disorder, Child and Adolescent Psychiatry A Comprehensive textbook. In Martin A, Volkmar FR, eds. 4th ed. Philadelphia, 2007: 701-10.
22. Iglesias C, Alonso M. Residual symptoms in depression. *Actas Esp Psiquiatr*. 2009;37(2):101-05.
23. Greenfield EA, Lee C, Friedman EL, Springer KW. Childhood Abuse as a Risk Factor for Sleep Problems in Adulthood: Evidence from a U.S. National Study. *Ann Behav Med*. 2011;42(2): 245-56.
24. Rimsza M, Berg R, Locke C. Sexual abuse: Somatic and emotional reactions. *Child Abuse Negl*. 1998; 12(2), 201-208.

İletişim adresi:

Gülen GÜLER

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, Mersin

E-mail: dr.gulen@hotmail.com