

Parasomnier

Sammendrag

Bakgrunn. Parasomnier er uønskede opplevelser eller motoriske fenomener i forbindelse med søvn. Vi beskriver her hva som kjennetegner de forskjellige undergruppene av parasomnier.

Materiale og metode. Oversikten er basert på egen klinisk og forskningsbasert erfaring og artikler funnet ved ikke-systematiske søk i PubMed.

Resultater. Parasomnier deles inn i forstyrrelser knyttet til non-REM-søvn, slik som søvngjengeri, nattlige skrekkanfall og ufullstendig oppvåkning med forvirring, forstyrrelser knyttet til REM-søvn, slik som marerittlidelse, REM-søvnatferdsforstyrrelse og tilbakevendende isolert søvnparalyse, og andre parasomnier, slik som søvnrelatert grynting, eksploderende hode-syndrom, søvnrelaterte hallusinasjoner og søvnrelatert spiseforstyrrelse. Prevalensen av de ulike undergruppene varierer.

Fortolkning. De fleste parasomniene forekommer spesielt hyppig i ung alder. Medikamentell behandling er sjelden nødvendig, men kan være indisert ved alvorlige plager.

Bjørn Bjorvatn

bjorn.bjorvatn@isf.uib.no
 Institutt for samfunnsmedisinske fag
 Universitetet i Bergen,
 Postboks 7804
 5020 Bergen
 og
 Nasjonalt kompetansesenter for søvnsykdommer
 Haukeland universitetssykehus

Janne Grønli

Avdeling for biologisk og medisinsk psykologi
 Det psykologiske fakultet
 Universitetet i Bergen
 og
 Nasjonalt kompetansesenter for søvnsykdommer
 Haukeland universitetssykehus

Ståle Pallesen

Det psykologiske fakultet
 Universitetet i Bergen
 og
 Nasjonalt kompetansesenter for søvnsykdommer
 Haukeland universitetssykehus

Parasomnier er en samlebetegnelse på en rekke uønskede opplevelser eller motoriske fenomener som skjer under innsovning, i løpet av søvnperioden eller i forbindelse med oppvåkning fra søvn (1). Hendelsene skjer utenfor normal bevissthet. Det er vanlig å dele parasomnier inn i tre hovedkategorier (1):

- Forstyrrelser knyttet til non-REM-søvn (non-rapid eye movement, NREM)
- Forstyrrelser knyttet til REM-søvn
- Andre parasomnier

Vi vil her gi en oversikt over de ulike parasomniene (tab 1).

Materiale og metode

Grunnlaget for artikkelen er et ikke-systematisk litteratursøk i PubMed. Artiklene er valgt ut på basis av forfatternes kliniske og forskningsmessige erfaring innen feltet.

NREM-søvnforstyrrelser

Slike forstyrrelser ses hyppigst hos barn og opphører vanligvis ved puberteten. Hos noen vedvarer plagene i voksen alder. De vanligste undertypene er søvngjengeri, nattlige skrekkanfall og ufullstendig oppvåkning med forvirring. Disse parasomniene forekommer tidlig på natten, vanligvis i forbindelse med overgangen fra første periode med dyp søvn til mer overfladisk søvn. Det er uvanlig at personen husker noe av hendelsen neste dag. Forstyrrelsene kan forklares som en ufullstendig oppvåkning.

Søvngjengeri

Man regner med at 20–30 % av befolkningen har gått i søvne minst én gang i løpet av livet (1). Prevalensen er høyest blant barn og ses hyppigst i alderen 8–12 år (1). De aller fleste episoder med somnambulisme (å gå i søvne) forekommer i løpet av de første tre timene etter sengetid. Rundt 65 % av de som går i søvne har slektninger med samme plager. Det er en sammenheng mellom somnambulisme og mengden av dyp søvn, og siden barn sover dypere enn voksne, kan det forklare hvorfor dette i hovedsak ses hos barn. Det ser ikke ut til at somnambulisme er koblet til psykiske lidelser, i alle fall ikke hos barn.

Det er vanskelig å vekke en person som går i søvne. Det skyldes at somnambulisme forekommer i dyp søvn. Selv om det oftest går bra, har det skjedd alvorlige ulykker i forbindelse med søvngjengeri. Det er viktig at personer som går mye i søvne beskyttes på best mulig måte, for eksempel ved å låse dører og å unngå å ha åpne vinduer. De fleste episoder med somnambulisme varer i mindre enn 15 minutter. Stort sett returnerer personen tilbake til sengen og sover videre. Hvis vedkommende blir vekket, husker han/hun vanligvis ingenting av hva som har skjedd. Diagnosen stilles på basis av sykehistorien. Det er sjelden nødvendig med ytterligere utredning. Polysomnografi viser at episodene starter i forbindelse med oppvåkning fra de dype søvnstadiene. Det er viktig å berolige foreldre med at søvngjengeri ikke skyldes alvorlig sykdom og at de aller fleste vokser det av seg. Det anbefales ikke å vekke den som går i søvne, men forsiktig å følge vedkommende tilbake til sen-

Hovedbudskap

- Parasomnier er uønskete fenomener eller opplevelser i forbindelse med søvn
- NREM-parasomnier (søvngjengeri, nattlige skrekkanfall) forekommer tidlig på natten, og personen husker ikke hendelsen neste dag
- REM-parasomnier (marerittlidelse, REM-søvn atferdsforstyrrelse) forekommer sent på natten, og oppvåkning uten forvirring er vanlig
- Foreldre bør beroliges med at parasomnier hos barn ikke skyldes alvorlig sykdom

gen. Sannsynligheten for å gå i søvne øker ved søvnunderskudd, feber og alkoholinn-tak, fordi dette øker mengden av den dype søvnen. Enkelte medikamenter kan også øke risikoen for søvngjengeri. Det anbefales å få nok søvn hver natt.

Nattlige skrekkanfall

Nattlige skrekkanfall (pavor nocturnus) har en prevalens hos barn på opptil 6% og hos voksne på rundt 2% (1, 2). Mange foreldre feiltolker anfallene hos sine barn som mareritt. Nattlige skrekkanfall starter gjerne i fireårsalderen, og de fleste vokser dette av seg før de blir tenåringer. Anfallene starter i de dype søvnstadiene og er derfor vanlig tidlig på natten. Det er uvanlig at barnet husker noe av anfallene neste dag, og det er svært vanskelig å få vekket opp barnet. Selv om symptomene ved nattlige skrekkanfall er dramatiske, er det sjelden tilstanden er koblet til psykiske lidelser hos barn. Hos voksne med nattlige skrekkanfall er det rapportert økt forekomst av psykisk lidelse (2). Nattlige skrekkanfall starter gjerne med et skrik, som følges av en ufullstendig oppvåkning. Barnet ser skrekkslagent ut, kan hoppe ut av sengen, og foreldrene har store vansker med å få kontakt. Barnet svarer vanligvis ikke på tiltale og lar seg vanskelig holde eller trøste. Anfallene varer vanligvis i 1–10 minutter. Symptomene varierer i intensitet. Diagnosen stilles ved hjelp av sykehistorien, og ytterligere utredning er vanligvis ikke indisert. Behandling er sjelden nødvendig. Det er viktig å berolige foreldre med at tilstanden ikke skyldes alvorlig sykdom. Som ved søvngjengeri øker sannsynligheten for nattlige skrekkanfall ved søvnmangel og feber. Det er nyttig å skille nattlige skrekkanfall fra mareritt. Mareritt skjer under REM-søvn, forekommer vanligvis sent på natten, barnet er ikke forvirret etter oppvåkning, og det kan fortelle om fæle drømmer.

Ufullstendig oppvåkning med forvirring

Ufullstendig oppvåkning med forvirring (konfusjonsaktivering) kan ses på som en mindre dramatisk variant av nattlige skrekkanfall. Barnet er mer forvirret enn skremt, kan rope på foreldrene, men kjenner dem ikke igjen når de kommer, gråter og skyver foreldrene vekk og lar seg vanskelig vekke. Prevalensen hos barn er rapportert til over 17% (1).

Konsekvenser

De siste årene har det vært rapporter om personer som har begått voldelige og/eller seksuelle handlinger i søvne (3, 4). De fleste slike episoder med vold eller sex (sexsomnia) starter med en ufullstendig oppvåkning eller i forbindelse med somnambulisme. Det er i dag enighet om at både voldelige og seksuelle handlinger kan forekomme under søvn, det vil si utenfor normal bevissthet. I juridisk sammenheng er personen da ikke strafferettslig ansvarlig. Et eget felt som

Tabell 1 Inndeling av parasomnier

	Kjennetegn	Undergrupper
<i>Parasomnier knyttet til NREM-søvn</i>	Tidlig på natten Fra dyp søvn Husker lite av hendelsen neste dag	Søvngjengeri Nattlige skrekkanfall Ufullstendig oppvåkning med forvirring
<i>Parasomnier knyttet til REM-søvn</i>	Sent på natten Fra REM-søvn Husker/kan beskrive hendelsen	Marerittlidelse REM-søvnatferdsforstyrrelse Tilbakevendende isolert søvnparalyse
<i>Andre parasomnier</i>	Ikke avgrenset til spesielt søvnstadium Varierende grad av hukommelse av hendelsen	Søvnrelatert grynting Eksploderende hode-syndrom Søvnrelaterte hallusinasjoner Søvnrelatert spiseforstyrrelse

fokuserer på dette, søvnrelatert rettsmedisin, er etablert i USA (5). I en undersøkelse blant 5 000 voksne var prevalensen av voldelig atferd under søvn på 2,1% (3). Det er viktig å bemerke at aktiv oppvekking av personer med NREM-parasomnier kan gjøre dem agiterte og i visse tilfeller fremprovosere voldelig atferd (1).

Det er sjelden nødvendig med medikamentell behandling av NREM-parasomnier. Men hvis plagene er alvorlige eller det er tegn til kriminell eller skadelig atferd, bør medikamenter vurderes. Medikamentene som anbefales reduserer den dype søvnen, og effekten er ofte svært god. Mest brukt er klonazepam (4), men også antidepressiver kan ha effekt (6). Et problem med slik medikamentell behandling er bivirkninger og eventuell fare for avhengighet. Å vekke barnet så vidt opp fra søvnen omtrent 20 minutter før det pleier å gå i søvne eller får nattlige skrekkanfall kan ha terapeutisk effekt.

REM-søvnforstyrrelser

Til denne gruppen parasomnier hører marerittlidelse, REM-søvnatferdsforstyrrelse og tilbakevendende isolert søvnparalyse (1). Som navnet indikerer forekommer disse parasomniene i relasjon til REM-søvn og ses derfor vanligvis sent i søvnperioden.

Marerittlidelse

Mareritt er en drøm med et særlig ubehagelig eller skremmende innhold som gjør at personen våkner. Ved marerittlidelse har pasienten gjentatte episoder med oppvåkning fra søvnen med sterke minner om ubehagelig drømmeinnhold som involverer følelser som frykt eller angst, men også sinne, tristhet, avsky eller andre dysforiske følelser. I motsetning til nattlige skrekkanfall vil personen huske drømmeinnholdet klart og tydelig etterpå og er klar og orientert ved oppvåkning. Mareritt er vanligst hos barn, og prevalensen synker med stigende alder. Kvinner rapporterer mer mareritt enn menn. Hyppige mareritt kan være et tegn på tidligere psykiske traumer eller en vanskelig livssituasjon, men kan også være en bivirkning av enkelte medikamenter (for eksempel betablokkere, antidepressiver, kolinesterasehemmere). Mareritt kan også oppstå hvis

man reduserer eller kutter ut medisiner eller stoffer som undertrykker REM-søvnen (for eksempel alkohol). De best dokumenterte behandlingsformer er basert på eksponeringsterapi, positive forestillingsøvelser samt klare drømmer (lucid dreaming)-teknikker (7).

REM-søvnatferdsforstyrrelse

REM-søvnatferdsforstyrrelse er en sjelden tilstand. Den ses oftest hos eldre menn eller i abstinensfaser etter alkohol eller sentralstimulerende legemidler. Det er økt risiko ved ulike nevrodegenerative lidelser (8), som for eksempel Parkinsons sykdom, lewy-legemedemens og hjerneslag. REM-søvnatferdsforstyrrelser kan være et tidlig tegn på nevrodegenerative lidelser. Symptomene kan utløses av medikamenter, spesielt antidepressiver (1). REM-søvnatferdsforstyrrelse kan være en alvorlig tilstand og noen ganger direkte farlig, både for pasient og andre. Forstyrrelsen arter seg som livlige, ofte dramatiske og til dels truende drømmer, der den normale muskelatoni under REM-søvn uteblir. Pasientene kan derfor delta aktivt i drømmen med voldsom fysisk aktivitet. Pasienten kan for eksempel drømme at han/hun eller familien blir angrepet og må slåss for å forsvare seg. I virkeligheten går pasienten til angrep på sengpartneren. Det har vært rettsaker der den tiltalte som lider av REM-søvnatferdsforstyrrelse, har gått til voldelig angrep på sin ektefelle om natten. Forskjellen fra andre tidligere omtalte parasomnier er at pasienten kan beskrive en drøm og hvorfor han/hun gikk til angrep. Ved mistanke om REM-søvnatferdsforstyrrelse bør pasienten henvises til sykehus/søvnentre. Dette er den eneste parasomni som krever polysomnografisk undersøkelse for å bli diagnostisert. Behandlingen er medikamentell, og klonazepam er førstevalget (9). Effekten er god hos rundt 90% av pasientene (8). Dopaminerge preparater eller høye doser med melatonin kan også ha effekt (8).

Tilbakevendende isolert søvnparalyse

Ved denne forstyrrelsen er pasienten våken, men ute av stand til å bevege muskulaturen ved innsovning eller oppvåkning. Han/hun

føler seg helt lammet og kan ikke snakke, noe som kan virke svært skremmende. Symptomene varer fra få sekunder opptil noen minutter. Narkolepsi er en sentral differensialdiagnose (1). Epidemiologiske studier viser at rundt 6% har opplevd søvnparalyse (10). Forstyrrelsen oppstår fordi den normale muskellammelsen under REM-søvn vedvarer inn i våken tilstand. Behandling er sjelden nødvendig, men i ekstreme tilfeller kan preparater som undertrykker REM-søvn (for eksempel antidepressiver) forsøkes.

Andre parasomnier

Kjennetegnet på disse parasomniene er at de ikke er avgrenset til bestemte søvnstadier (1). Det finnes flere undergrupper, og vi vil beskrive noen av disse her.

Søvnrelatert grynting

Søvnrelatert grynting (katatreni) betyr at personen lager ekspiratoriske lyder under søvn, ofte hver eneste natt, og mest i siste halvdel av nattesøvnen (1). Som regel er ikke pasienten klar over problemet. Forstyrrelsen inntreffer mest under REM-søvn og alltid ved utpust. Data tyder imidlertid på at gryntingen ikke gir betydelig redusert søvnkvalitet. I hovedsak er dette et sosialt problem. Verken medikamentell behandling eller bruk av pustemaske (CPAP) har vist særlig gode resultater (11).

Eksploderende hode-syndrom

Denne parasomnien innebærer at personen hører en høy lyd eller får en opplevelse av en eksplosjon inne i hodet, enten ved innsovning eller ved oppvåkning. Opplevelsen er ikke ledsaget av smerter, men fremkaller ofte frykt. Anfallene varierer i frekvens, fra mange hver natt til måneder mellom hver gang. Den underliggende nevrofysiologiske årsaken er ikke kjent, men forstyrrelsen er ikke forbundet med nevrologisk sykdom (1). Mange pasienter opplever også lysglimt i forbindelse med anfallene. Ofte er informasjon og beroligelse nok behandling. I alvorlige tilfeller kan klomipramin forsøkes (12).

Søvnrelaterte hallusinasjoner

Søvnrelaterte hallusinasjoner er karakterisert ved at personen opplever hallusinasjoner like før innsovning eller ved oppvåkning. Hallusinasjonene er primært av visuell art. Noen ganger kan det være vanskelig å skille søvnrelaterte hallusinasjoner fra drømmer. Forstyrrelsen kan forekomme sammen med søvnparalyse og representerer inntreden av REM-søvn i våken tilstand (1). I epidemiologiske studier har man funnet en prevalens på over 30% (13). Søvnrelaterte hallusinasjoner er relatert til lav alder, medikamentbruk, angst og affektive lidelser samt søvnløshet (1). Medikamenter, for eksempel betablokkere, kan utløse slike hallusinasjoner, og seponering av disse kan gi full bedring (14).

Søvnrelatert spiseforstyrrelse

Denne parasomnien har fått økende oppmerksomhet de siste årene. Ved søvnrelatert spiseforstyrrelse er hovedsymptomet ufrivillig spising og drikking i søvne. Pasienten fortærer ofte kaloririk mat, ikke-tilberedt mat (som frossen pizza) eller giftstoffer (som sigaretter dyppet i smør) (1). Søvnen blir ofte forstyrret av spisingen, og tretthet på dagtid er vanlig. Noen pasienter kan også skade seg selv i forbindelse med spisingen, for eksempel ved tilbereding eller leting etter mat. Om morgenen er matlysten ofte redusert. Det høye kaloriinntaket om natten kan gi negative helseeffekter, som overvekt. Noen pasienter kan huske nattspisingen, mens andre spiser mat i søvne uten å huske noe neste dag. Prevalensen i et uselektert utvalg av studenter var rundt 5%, og lidelsen er hyppigst blant kvinner (1). De fleste med søvnrelatert spiseforstyrrelse går også i søvne eller har gått i søvne, og mange betrakter derfor denne forstyrrelsen som en variant av søvngjengeri, alternativt som en kombinasjon mellom en søvn- og en spiseforstyrrelse. Årsaken er ukjent (1). Det antidepressive medikamentet sertralin har vist seg å være effektiv behandling (15).

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. American Academy of Sleep Medicine. The international classification of sleep disorders. 2. utg. Diagnostic and coding manual. Westchester, IL: American Academy of Sleep Medicine, 2005.
2. Ohayon MM, Guilleminault C, Priest RG. Night terrors, sleepwalking, and confusional arousals in the general population: their frequency and relationship to other sleep and mental disorders. *J Clin Psychiatry* 1999; 60: 268–77.
3. Ohayon MM, Caulet M, Priest RG. Violent behavior during sleep. *J Clin Psychiatry* 1997; 58: 369–77.
4. Schenck CH, Arnulf I, Mahowald MW. Sleep and sex: what can go wrong? A review of the literature on sleep related disorders and abnormal sexual behaviors and experiences. *Sleep* 2007; 30: 683–702.
5. Bornemann MA, Mahowald MW, Schenck CH. Parasomnias: clinical features and forensic implications. *Chest* 2006; 130: 605–10.
6. Mahowald MW, Bornemann MA. NREM sleep-arousal parasomnias. I: Kryger MH, Roth T, Dement WC, red. Principles and practice of sleep medicine. 4. utg. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders, 2005: 889–96.
7. Berge T. Behandling av mareritt. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 2007; 44: 441–7.
8. Mahowald MW, Schenck CH. REM sleep parasomnias. I: Kryger MH, Roth T, Dement WC, red. Principles and practice of sleep medicine. 4. utg. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders, 2005: 897–916.
9. Schenck CH, Mahowald MW. Rapid eye movement sleep parasomnias. *Neurol Clin* 2005; 23: 1107–26.
10. Ohayon MM, Zulley J, Guilleminault C et al. Prevalence and pathologic associations of sleep paralysis in the general population. *Neurology* 1999; 52: 1194–200.
11. Oldani A, Manconi M, Zucconi M et al. «Nocturnal groaning»: just a sound or parasomnia? *J Sleep Res* 2005; 14: 305–10.
12. Sachs C, Svanborg E. The exploding head syndrome: polysomnographic recordings and therapeutic suggestions. *Sleep* 1991; 14: 263–6.
13. Ohayon MM. Prevalence of hallucinations and their pathological associations in the general population. *Psychiatry Res* 2000; 97: 153–64.
14. Silber MH, Hansen MR, Girish M. Complex nocturnal visual hallucinations. *Sleep Med* 2005; 6: 363–6.
15. O'Reardon JP, Allison KC, Martino NS et al. A randomized, placebo-controlled trial of sertraline in the treatment of night eating syndrome. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 893–8.

Manuskriptet ble mottatt 14.10. 2008 og godkjent 4.6. 2009. Medisinsk redaktør Trine B. Haugen.