

Somnambulizm ya da İntihar Girişimi: Ayırıcı Tanı ve Tedavi Sürecinin Bir Ergen Olgu Üzerinden Tartışılması

Somnambulism or Suicide Attempt: Discussion of Differential Diagnosis and Treatment Process on an Adolescent Case

İD Ayşe Büyükkateş, İD Hasan Ali Güler

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

ÖZ

Uyurgezerlik, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-5'te uyku-uyanıklık bozuklukları başlığı altında parasomni alt başlığı altında sınıflandırılan, yineleyici ve uykunun hızlı olmayan göz hareketi döneminde görülen, uyku sırasında yataktan kalkma ve gezinme dönemleri ile karakterize bir bozukluktur. Uyurgezerlik sırasında bilinçlilik azalabilir ve basit ya da karmaşık hareketler görülebilir. Tanıda güvenilir anamnez en önemli yol göstericidir. Hastalar genellikle sabah kalktıklarında gece uyanma dönemlerini hatırlamaz ya da çok az hatırlar. Sebebi net olarak bilinmemektedir. Aynı ailede görülme olasılığı, sağlıklı popülasyona göre daha fazladır. Patofizyolojisinde genetik ve nöromatürasyonel olgunlaşma faktörlerinin önemli bir rol oynaması muhtemeldir. Çoğu olgu, kendileri ya da çevresi zarar görene kadar tıbbi yardım aramaz ve bu nedenle tanı konulmaz. Tıbbi yazında ve toplumda ilgi çeken bir bozukluktur. Nadir görüldüğü düşünülse de prevalansı ile ilgili kesin bilgi yoktur. Erişkinliğe doğru azalarak sonlanması beklenmektedir. Geç başlayan olgularda nörolojik hastalıklar araştırılmalıdır. Bu olgu sunumunda, yüksekten düşme nedeniyle çocuk ve ergen psikiyatri kliniğine danışılan ve uyurgezerlik tanısı düşünülen ergen bir olgudan yola çıkarak uyurgezerliğin ayırıcı tanısını yazın eşliğinde tartışmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Somnambulizm, intihar girişimi, epilepsi

ABSTRACT

Sleepwalking is classified under the category of sleep-wake disorders in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5, specifically under the subcategory of parasomnias. It is a disorder characterized by repetitive episodes of getting out of bed and walking around during non-rapid eye movement sleep. During sleepwalking episodes, consciousness is reduced, and both simple and complex movements may occur. A reliable history is the most important guide for diagnosis. Patients usually do not remember or have only partial recall of nighttime awakenings when they wake up in the morning. The exact cause is not known. However, it is more likely to occur in families than in the healthy population. Genetic and neurodevelopmental factors likely play a significant role in the pathophysiology of sleepwalking. Most individuals in these cases do not seek medical help or receive a diagnosis until harm occurs to themselves or others. Although it is considered a rare disorder, there is no definitive information about its prevalence. The condition is expected to decrease and resolve by adulthood. In cases with late onset, neurological disorders should be investigated. In this case report, we aim to discuss the differential diagnosis of sleepwalking based on a case of an adolescent who was consulted by the child and adolescent psychiatry clinic after a fall from a height, suspected of sleepwalking.

Keywords: Sleepwalking, suicide attempt, epilepsy

Giriş

Uyku, çocuklarda bilişsel, duygusal, fiziksel gelişim ve sağlık için önemli bir role sahiptir. Parasomniler, yazında ilk kez Broughton¹ tarafından tanımlanan, uyku sırasında istemsiz olarak meydana gelen uyku bozukluğu sınıfını temsil etmektedir. Çoğunlukla uyku kalitesini ciddi şekilde bozmazlar ve işlevsellikte kayba yol açmazlar. Tanı için genellikle anamnez yeterli olarak kabul edilmektedir.²

Parasomniler, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-5'te uyku-uyanıklık bozuklukları başlığı altında yer almakta olup, uyku, belirli uyku evreleri veya uyku-uyanıklık geçişleri ile ilişkili olarak ortaya çıkan bozukluklardır. En sık görülen parasomniler, hızlı olmayan göz hareketi (NREM) uykusundan uyanma bozuklukları ve hızlı göz hareketi (REM) uyku davranış bozukluğudur. Bu bozuklukların farklı patofizyolojisi, klinik özellikleri ve her bozukluğa özgü özellikleri vardır.³

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Ayşe Büyükkateş, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

E-posta: a.buyukates06@gmail.com **ORCID:** orcid.org/0009-0006-0829-4113

Geliş Tarihi/Received: 10.10.2024 **Kabul Tarihi/Accepted:** 13.03.2025 **Epub:** 04.06.2025

Atıf/Cite this article as: Büyükkateş A, Güler HA. Somnambulism or suicide attempt: discussion of differential diagnosis and treatment process on an adolescent case. Turk J Child Adolesc Ment Health.



Parasomniler, uykunun primer bir bozukluğu olarak ortaya çıkabileceği gibi, altta yatan bozukluk ve belirtilere sekonder olarak da ortaya çıkabilirler. Çocukluk çağında, ergenlik ve yetişkinlik dönemine göre daha sık görülen, kalıtsal geçişin yaygın olduğu, aileleri korkutan ve riskli sonuçlara yol açabilen bozukluklardır.^{4,5} Son çalışmalarda, uyku bozukluklarının intihar düşüncelerine ve davranışlarına giden karmaşık ve çok faktörlü süreçte önemli bir faktör olduğu gösterilmektedir.⁶⁻⁸

Parasomni tanısı konulurken, özellikle aile bireylerinden ve yatak partnerlerinden bilgi alınması gerekmektedir. Klinik değerlendirmede tıbbi özgeçmişin, alkol-madde kullanımının, fiziksel, duygusal ve cinsel problemlerin sorgulanması tanıda önem taşımaktadır. Psikiyatrik ve nörolojik muayene yapılarak, eşlik eden nöropsikiyatrik hastalıkların dışlanması gerekmektedir. Polisomnografik inceleme gerekebilir ancak zorunlu değildir.^{5,9}

NREM parasomniler, genellikle uykunun ilk üçte birinde ortaya çıkan yineleyici, uykudan tam olmayan uyanma dönemlerine eşlik eden bozukluklardır.³ NREM parasomnilerde sıklıkla uykuda istenmeyen fiziksel hareketler görülmekte ve otonom sinir sistemi değişiklikleri eşlik etmektedir. Uyurgezerlik, yineleyici olarak uyku sırasında yataktan kalkma ve gezinme gibi organize ancak amaçsız hareketlerin eşlik ettiği bir NREM uyku bozukluğudur.¹⁰ Boş ve dik bakışlar, iletişim kurma çabalarına yanıtsızlık eşlik eder ve uykudan güçlükle uyandırılabilirler. Bu dönemler sabah uykudan uyanıldığında hatırlanmaz ve rüya içeriği ya anımsanmaz ya da az anımsanır. Klinik olarak sakin ya da ajite olabilirler ve ortaya çıkma zamanı değişkendir.⁵ Çocukların okula gitmek için hazırlanmaları veya gece kahvaltı etmeleri gibi sessiz, rutin davranışlar da görülebilir. Nadir durumlarda hastalar yataktan fırlayabilir, bir şeyleri kırabilir, pencere açabilir, düşebilir ve hatta ölebilir; bu durum bazen intiharla karıştırılabilir.⁶

Çocukluk çağında uyurgezerlik yaygınlığı %17, ergen ve erişkinlerde ise %2'dir. Olguların %80'inde ergenlik yıllarında şikayetler azalır.¹¹ Uyurgezerlikte gece yavaş dalga uykusunda (YDU) düşüş yaşandığı tespit edilmiştir. Bu yavaş dalga düşüşünün, uyurgezerlik prevalansındaki değişikliklere ilişkin gelişimsel olarak beyin olgunlaşma değişikliklerini yansıttığı düşünülmektedir.¹ Yapılan araştırmalar, uyurgezer bireylerde YDU'nun sürekliliğinin ve kalitesinin bozulduğunu göstermektedir. Bu, YDU'nun evrelerinin daha kısa, düzensiz veya "parçalanmış" hale gelmesine neden olabilir. Bu durum, beynin uyku ile uyanıklık arasında geçişleri kontrol eden mekanizmalarının normalden sapması ile ilişkilidir. Bu değişiklikler genellikle YDU'nun toplam süresinde değil, evrelerinin bozulmasıyla kendini gösterir. Bu işleviştaki aksamalar, beyin aktivitelerinde daha fazla uyandırıcı/uyanıklık benzeri bir etkiye yol açar. Bu, uyurgezerlerin beyninin, uyku evreleri arasında anormal geçişler yaptığı ve uyku süreçlerinin doğru bir şekilde gerçekleşmediği anlamına gelir.¹²⁻¹⁴

Bu olgu sunumunda uyurgezerlik nedeniyle, gece üçüncü kattaki odasının penceresinden düşen ve hayati riskin söz konusu olduğu bir ergen olgunun ayırıcı tanı süreci eşliğinde yazının gözden geçirilmesi amaçlanmıştır. Ciddi mortalite ve morbidite

riski doğurabilen bir bozukluk olarak uyurgezerlik tanısı alan olgumuzun erken tedavi konusunda farkındalık sağlamasını umuyoruz. Hastanın ailesinden bu olgu sunumu için onam alınmıştır.

Olgu Sunumu

On dört yaş altı aylık kız hasta, yatışının yapıldığı palyatif bakım servisinden çocuk ve ergen psikiyatri kliniğine konsülte edilmiştir. Hasta ile tedavi gördüğü serviste görüşülmüş, kendisinden ve babasından anamnez alınmış, tedavi süreciyle ilgili hastane kayıtları incelenmiş ve hastayı takip eden hekim ile görüşülmüştür.

Hastanın babasından alınan anamnezde; on beş gün önce, gece saat 03.00 civarında evdeki herkes uykudayken kızının odasından gelen bir ses nedeniyle uyandığı ve odaya gittiğinde pencerenin açık olduğu, pencereden aşağıya baktığında kızının yerde hareketsiz yattığı öğrenilmiştir. Hastanın kaldırıldığı hastanede ilk müdahalesinin yapıldığı, Glasgow koma skoru 3 olarak bir süre takip edildiği bilgisine ulaşılmıştır. Hasta ile yapılan görüşmede, olay gecesi saat 1 civarında uyuduğunu ve bunun dışında hiçbir şey hatırlamadığını belirtmiştir. Acil müdahale sonrasında yoğun bakıma alındığı ve hastanın yapılan ileri tetkik ve incelemelerinde subaraknoid kanama, vertebra, femur ve skapulada kırıkların olduğu, pnömotoraks, hemotoraks, pnömomediastinum, karaciğer kontüzyonu ve böbrek laserasyonunun eşlik ettiği ve on bir gün yoğun bakımda takip ve tedavi edildiği öğrenilmiştir.

Hastanın geçmiş öyküsünde; 9. sınıf öğrencisi olduğu, çekirdek ailesi ile birlikte ilçede yaşadığı bilgisine ulaşılmıştır. İlk defa 7 yaşında evde gece gezinme dönemlerinin başladığı ve bu dönemlere aile bireyleri ile evde yatılı kalan misafirlerin şahit olduğu öğrenilmiştir. Odadan odaya gezinme, kapıları açma, tepki vermeme, uyandırılmama ve sabah olayı hatırlamama dönemlerinin olduğu bilgisi babasından alınmıştır. Hastadan ve babasından alınan bilgiye göre, özgeçmişinde daha önce bilinen tıbbi bir hastalığının olmadığı, daha önce çocuk ve ergen psikiyatri kliniğine başvurusunun olmadığı öğrenilmiştir. Hastanın tıbbi ve psikiyatrik soy geçmişinde özellik saptanmamıştır. Ailenin gece gezinme dönemlerinin zararsız olduğunu düşündükleri için psikiyatrik başvuruda bulunmadığı öğrenilmiştir.

Hasta tarafımıza danışıldığında iletişim kurabiliyordu, ancak boyunlulukla yatağa bağımlı bir halde idi. Yapılan ruhsal durum muayenesinde; genel görünümü yaşıyla uyumlu olan kız hastanın bilinci açık, yer zaman kişi oryantasyonu tamdı ve hasta koopereydi. Göz teması yeterliydi ve hasta iletişime açıktı, ancak boyunluktan dolayı konuşmakta zorlanıyordu. Duygudurum ötimik, duygulanım uygundu. Düşünce süreci ve çağrışımlar doğaldı. Düşünce içeriğinde sanrı saptanmadı. Aktif/pasif suicidal düşüncesi yoktu. Algı muayenesinde psikopatoloji saptanmadı. Uykusu, ağrının olduğu gecelerde kesintiye uğruyordu; iştahta artış ya da azalma belirtilmedi. Motor aktivite kırıkları sebebiyle azalmıştı. Bellek muayenesinde olay gecesi saat 01.00 itibarıyla amnezik olduğu saptanırken, yakın bellek kapasitesi normaldi. Yargılama ve soyutlama doğaldı.

Klinik olarak zeka normal olarak değerlendirildi. Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi-şimdi ve yaşam boyu şekli (ÇDŞG-ŞY) ile yapılan kesitsel değerlendirmede psikiyatrik bir bozukluk saptanmadı.

Mevcut anamnez, tıbbi öykü ve muayene bulguları değerlendirildiğinde, hastanın uyurgezerlik tanısı olduğu düşünüldü. Hastanın mevcut tıbbi durumu ve hareket kısıtlılığı göz önüne alınarak hastaya ve aileye psikoeğitim verildi, güvenlik önlemleri anlatıldı. Hastanın tıbbi tedavisinin devam edeceği, ortopedi ve travmatoloji bölümünde kırıkları nedeniyle operasyon geçireceği öğrenildi. Hastanın tıbbi tedavisi tamamlandıktan ve genel durumu tamamen düzeldikten sonra çocuk ve ergen psikiyatri takibine girmesi ve medikal tedavi başlanması planlandı.

Tartışma

Uyurgezerlik genellikle çocukluk çağı başlangıçlıdır, nadiren ergenlik ya da yetişkinlikte başlayabilir. Yetişkinlikte başlayan olgular, ilaçlar veya nörodejeneratif hastalıklarla ilişkili bulunmuştur.¹⁵ Olgumuzda, yazınla uyumlu olarak, ilk uyurgezerlik dönemleri çocukluk çağında başlamıştır. Yazında uyurgezerlik, hem erişkin hem de pediatrik hastalarda bildirilmektedir ve uyurgezerliğin tıbbi ve psikolojik komplikasyonlar açısından ciddi olabileceği bildirilmiştir.¹⁵ Uyurgezerlik atakları, basit ve zararsız durumlardan, uykuya ilişkili şiddet ve yaşamı tehdit eden yaralanmaların meydana geldiği en ciddi örneklerle kadar farklılıklar gösterir.¹⁶ Hastamızda da hayatı tehdit eden ciddi yaralanmalara, yoğun bakım ihtiyacına ve uzun süreli hastane yatışına ve operasyona ihtiyaç duyulmuştur.

1965'ten bu yana yapılan araştırmalarda, uyurgezerlerin uyku elektroensefalogramında (EEG) hipersenkronize yavaş delta dalgalarının varlığı gözlemlenmiştir; ancak bu yüksek amplitüdlü dalgaların anlamı konusunda tartışmalar mevcuttur.¹⁷ Diğer uyku bozukluklarıyla birlikte görülebilirler ve bir uyurgezerlik olayının ortaya çıkmasından hemen önce kaydedilmişlerdir; ancak klinik önemleri sorgulanmış ve reddedilmiştir.¹⁸ Bu sebeple EEG'de görülebilecek bozukluklar tanı aşamasında uyurgezerliğe özgü değildir. Bu bağlamda, olgumuzda subaraknoid kanama gibi karıştırıcı faktörlerin bulunması nedeniyle EEG değerlendirmesi yapılmamıştır.

Olgumuzun yüksekte düşme öyküsü olduğundan dolayı ayırıcı tanıda intihar girişimi atlanmaması gereken bir durumdur. Olgumuza benzer şekilde yazında 10 yaşında bir kız çocuğunun uç metrelik yükseklikten düştüğü, frontal kafatası kırığı ve frontal lob kontüzyonu ile sonuçlanan bir olgu sunumu bildirilmiştir.¹⁹ Türkiye'de çocuk ve ergenlerde yaşam boyu intihar girişimi oranı %3,5-11 arasında değişmektedir. Bu oranlar uluslararası verilerle paralellik göstermektedir. İntihar girişimlerinin, gerçekleşen intiharlara oranla çok daha yaygın olduğu bildirilmektedir.²⁰ Hastamızda ise daha önce hiçbir psikiyatrik başvuru ve tanı düzeyinde semptom olmadığı öğrenilmiş olup, son zamanlarda psikososyal stresör yaşamadığı ve daha önce intihar girişimi olmadığı öğrenilmiştir. Bu nedenle de mevcut durum için ön planda intihar girişimi düşünülmemiştir.

Ayırıcı tanıda epileptik nöbetler de atlanmamalıdır. Epilepsi, çocuklarda ve erişkinlerde görülen yaygın bir nörolojik bozukluktur. Epilepsi sendromlarının iki ana kategorisi, lokalizasyonla ilişkili veya genelleştirilmiş olarak adlandırılır. Bu ikili sınıflandırma, fokal beyin bölgelerinden kaynaklanan nöbetlerin lokalizasyonla ilişkili epilepsi ile ilişkili olduğunu göstermektedir; aksine, jeneralize epilepsi, yaygın, iki taraflı beyin tutulumu olan nöbetlerle karakterizedir.¹⁷ Meziyal temporal lob epilepsisi, yetişkinlerde en yaygın epilepsi sendromudur ve hastalarının yaklaşık %40'ını oluşturmaktadır. Fokal epilepsi hastaları genellikle aşırı gündüz uykululuk ve uyku-uyanıklık bozukluklarından muzdariptir. Yetmiş dört meziyal temporal lob epilepsisi hastasıyla yapılan bir çalışmada, en sık görülen şikayet aşırı gündüz uykululuk olarak bulunmuştur.²¹

Parasomniler ve REM'de azalma, fokal epilepside yaygındır. Birçok çalışma, insanlarda yüksek oranda aşırı gündüz uykululuk, uyku bölünmesi ve bozulmuş uyku mimarisi bulmuştur. Tanıda uyku ve uyanıklık EEG'si uzun zamandır birincil teknik olarak kullanılmaktadır.¹⁸ Hastamızda aileden alınan bilgiye göre geçirilmiş nöbet öyküsü yoktu. Soygeçmişinde nörolojik bir hastalık tanısı konulmadığı öğrenilmişti. Hastanemizde yapılan nörolojik değerlendirmeye ek olarak alınan anamnez neticesinde de epilepsi tanısı düşünülmemiştir. Uyku terörü/uyurgezerliği olan 30 çocuğun değerlendirildiği bir çalışmada, kaygı bozukluğu, panik bozukluk, basit fobi, intihar düşüncesi ve sigara veya alkol kullanımı anlamlı derecede daha fazla bulunmuştur.²¹ Hastamızda ise ÇDŞG-ŞY ile yapılan klinik değerlendirmede eşlik eden başka bir psikiyatrik bozukluk saptanmamıştır.

Birçok uyurgezer, kendilerine veya sevdiklerine zarar verene kadar ya da sabahları kendilerini bitkin hissedene kadar tıbbi yardım aramaz.¹⁰ Bizim olgumuzda da yazınla uyumlu olarak, babadan alınan bilgiye göre ailenin daha önce uyurgezerliğe şahit olmasına rağmen zararsız olduğunu düşünmesi ve çok sık uyurgezerlik nöbetlerinin olmaması nedeniyle psikiyatrik başvuru yapmadığı öğrenilmiştir.

Sonuç olarak, olgunun psikiyatrik değerlendirmesi sonucu ve alınan bilgiler ışığında uyurgezerlik tanısı ön planda düşünülmüştür. Uyurgezerlik, nadir bir bozukluk olması nedeniyle zaman zaman gözden kaçan bir tanı olabilmektedir. Klinisyenlerin bütüncül yaklaşım kapsamında hastaların uyku/uyanıklık döngüsü ve uyku rutinlerine dair bilgi alması önemlidir.

Etik

Hasta Onayı: Hastanın ailesinden bu olgu sunumu için onam alınmıştır.

Dipnot

Yazarlık Katkıları

Konsept: A.B., H.A.G., Dizayn: A.B., Veri Toplama veya İşleme: A.B., Analiz veya Yorumlama: H.A.G., Literatür Arama: A.B., H.A.G., Yazan: A.B., H.A.G.

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından herhangi bir çıkar çatışması beyan edilmemiştir.

Finansal Destek: Yazar tarafından finansal destek alınmadığı bildirilmiştir.

Kaynakça

- Broughton RJ. Sleep disorders: disorders of arousal? Enuresis, somnambulism, and nightmares occur in confusional states of arousal, not in "dreaming sleep". *Science*. 1968;159:1070-1078.
- Ercan ES, Kandemir H, Kütük MÖ, Kılıçoğlu AG, Durak FS, Işık Ü, Perçinel Yazıcı İ, Bilaç Ö, Yazıcı KU, Ünsel Bolat G, Kavurma C, Kılıçaslan F. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi. Ankara: Akademisyen Yayınevi. 2020;1:1-5.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013:1-947.
- Fisher C, Kahn E, Edwards A, Davis DM. A psychophysiological study of nightmares and night terrors. I. Physiological aspects of the stage 4 night terror. *J Nerv Ment Dis*. 1973;157:75-98.
- Ercan ES, Bilaç Ö, Öğütlü H, Kavurmacı C. Çocuk ve Ergenlerde Uyku ve Uyanıklık Bozukluklarına Yaklaşım. 1. Baskı. Ankara: Akademisyen Yayınevi; 2022:50-60.
- Bernert RA, Kim JS, Iwata NG, Perlis ML. Sleep disturbances as an evidence-based suicide risk factor. *Curr Psychiatry Rep*. 2015;17:554.
- Littlewood D, Kyle SD, Pratt D, Peters S, Gooding P. Examining the role of psychological factors in the relationship between sleep problems and suicide. *Clin Psychol Rev*. 2017;54:1-16.
- Idir Y, Oudiette D, Arnulf I. Sleepwalking, sleep terrors, sexsomnia and other disorders of arousal: the old and the new. *J Sleep Res*. 2022;31:e13596.
- Irfan M, Schenck CH, Howell MJ. NonREM disorders of arousal and related parasomnias: an updated review. *Neurotherapeutics*. 2021;18:124-139.
- Arnulf I. Sleepwalking. *Curr Biol*. 2018;28:R1288-R1289.
- Stallman HM, Kohler M, Wilson A, Biggs S, Dollman J, Martin J, Kennedy D, Lushington K. Self-reported sleepwalking in Australian senior secondary school students. *Sleep Med*. 2016;25:1-3.
- Nofzinger EA, Reynolds CF. Sleep and sleep disorders. *Geriatric Medicine*. 1996;823-840.
- Carskadon MA, Dement WC. Normal human sleep: an overview. *Principles and Practice of Sleep Med*. 2005;4:13-23.
- Zergham AS, Chauhan Z. Somnambulism. [Updated 2023 Jan 9]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025.
- Guilleminault C, Kirisoglu C, da Rosa AC, Lopes C, Chan A. Sleepwalking, a disorder of NREM sleep instability. *Sleep Med*. 2006;7:163-170.
- Fishman MJ, et al. Classification of the epilepsies: current concepts and future directions. *Epilepsia*. 2014;55(6):835-850.
- Holmes MD, Brown M, Tucker DM. Are "generalized" seizures truly generalized? Evidence of localized mesial frontal and frontopolar discharges in absence. *Epilepsia*. 2004;45:1568-1579.
- Madigand-Tordjman MA, Egler PJ, Bertran F, Jokic M, Guénolé F. Somnambulisme avec mise en danger vital (syndrome d'Elpenor) chez un enfant [Life-threatening sleepwalking (Elpenor's syndrome) in a 10-year-old child]. *Arch Pediatr*. 2017;24:557-560.
- Bilkay Hİ, Sarı T, Gürhan N. Türkiye'de çocuk-ergen ruh sağlığına yönelik kısa bir inceleme. *Çocuk ve Gelişim Dergisi*. 2023;6:78-92.
- Latini MF, Oddo S, Anzulovich AC, Kochen S. Daily rhythms in right-sided and left-sided temporal lobe epilepsy. *BMJ Neurol Open*. 2022;4:e000264.
- Gau SF, Soong WT. Psychiatric comorbidity of adolescents with sleep terrors or sleepwalking: a case-control study. *Aust N Z J Psychiatry*. 1999;33:734-739.