

BMJ Best Practice

Parassonias em adultos

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Tabela de Conteúdos

Resumo	3
Fundamentos	4
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	5
Fisiopatologia	6
Classificação	6
Prevenção	8
Prevenção primária	8
Prevenção secundária	8
Diagnóstico	9
Caso clínico	9
Abordagem passo a passo do diagnóstico	9
Fatores de risco	12
Anamnese e exame físico	14
Exames diagnóstico	16
Diagnóstico diferencial	17
Tratamento	19
Abordagem passo a passo do tratamento	19
Visão geral do tratamento	21
Opções de tratamento	23
Novidades	33
Acompanhamento	34
Recomendações	34
Complicações	35
Prognóstico	35
Diretrizes	37
Diretrizes de diagnóstico	37
Diretrizes de tratamento	37
Nível de evidência	38
Referências	39
Aviso legal	44

Resumo

- ♦ Eventos indesejáveis que ocorrem durante o sono ou durante a transição do sono para a vigília ou vice-versa. Podem ocorrer durante o sono sem movimento rápido dos olhos (NREM) ou sono de movimento rápido dos olhos (REM), dependendo do tipo de parassonia.
- ♦ Incluem comportamentos anormais (por exemplo, comer durante o sono) ou sonhos (por exemplo, distúrbio de pesadelo).
- ♦ O diagnóstico depende principalmente de uma anamnese cuidadosa obtida do paciente ou, mais comumente, do companheiro ou outros moradores da casa.
- ♦ Indica-se tratamento se a parassonia causar lesão ao paciente ou companheiro, ou se o sono for perturbado significativamente.
- ♦ O tratamento depende do tipo de parassonia e inclui tranquilização, modificação do ambiente de sono, terapia cognitiva e farmacoterapia.

Definição

Parassonias são eventos indesejáveis relacionados ao sono que podem ocorrer durante o sono ou durante a transição do sono para a vigília ou vice-versa. Elas incluem comportamentos anormais (por exemplo, sonambulismo) ou sonhos (por exemplo, pesadelos). Parassonias podem ser transitórias e não ter consequência significativa sobre a qualidade do sono do paciente. Entretanto, em alguns casos, elas são suficientemente graves ou persistentes para causar uma perturbação significativa do sono e sofrimento ou lesão para o paciente ou companheiro.

Epidemiologia

Em geral, parassonias sem movimento rápido dos olhos (NREM) são mais prevalentes em crianças.

Parassonias do sono NREM

- Despertar confusional ocorre em cerca de 2.9% da população geral.[2]
- O sonambulismo é uma parassonia comum na infância, ocorrendo em até 2% da população.[3] Em adultos, a prevalência é de cerca de 1% a 4%.[4] [5] A maioria das crianças supera a parassonia no meio da adolescência. O sexo parece ser indiferente nos estudos europeus, e acredita-se que isso também seja verdade para a população dos EUA.[6]
- Terror noturno afeta aproximadamente 6.5% das crianças[5] e <1% dos adultos.[7] Não há relatos de diferença entre os sexos.[8]
- O distúrbio alimentar relacionado ao sono foi registrado em 33 de 700 pessoas, inclusive pacientes ambulatoriais e hospitalizados com um transtorno alimentar, pessoas obesas em um ensaio para agente anoréxico, pacientes deprimidos em um ensaio de antidepressivos e um grupo de estudantes universitários não selecionados.[9] Controles selecionados aleatoriamente (que não tinham história de transtorno alimentar, não faziam parte da coorte em um ensaio para agente anoréxico e não eram pacientes deprimidos submetidos a antidepressivos) formavam o grupo de estudantes universitários não selecionados no ensaio. A prevalência mais alta foi observada no grupo de pacientes hospitalizados (16.7%), seguido pelo grupo de transtornos alimentares em pacientes ambulatoriais (8.7%); 4.6% da população de estudantes não selecionados também relataram o problema.[9]

Parassonias de movimento rápido dos olhos (REM)

- O distúrbio comportamental do sono de movimento rápido dos olhos (DCR) é um tipo de parassonia REM. Ele tem uma prevalência no Reino Unido de 0.5% a 2%.[10] As taxas de prevalência nos EUA são semelhantes (0.38% a 2%).[5] A incidência exata é desconhecida. Essa parassonia geralmente afeta homens idosos.
- As taxas de prevalência de paralisia do sono isolada e recorrente diferem conforme a nacionalidade em estudos comparativos. Um estudo relatou prevalência de 11.4% em estudantes norte-americanos, comparado a 19.2% e 20.7% em estudantes do Kuwait e Sudão, respectivamente.[11] Diferenças culturais podem explicar algumas das variabilidades na prevalência. Em culturas asiáticas, o fenômeno da "opressão do fantasma" (kanashibari) corresponde aos sintomas reconhecidos no hemisfério ocidental como paralisia do sono. Uma estimativa de prevalência mais precisa pode ser obtida considerando-se essas diferenças quando os questionários dos estudos são preparados.[12] Embora muitas vezes relatada por sujeitos mais jovens, a paralisia do sono isolada pode ser subestimada em idosos. Uma prevalência de quase 18% para os sintomas de paralisia do sono

isolada foi relatada em uma coorte de pacientes chineses >70 anos de idade.[13] Um estudo documentou uma prevalência geral entre 2.3% e 40% e relatou uma razão de mulheres para homens de 2 para 1.[14]

- O distúrbio de pesadelo é mais prevalente em crianças. Ele também ocorre com mais frequência em mulheres que em homens, com uma prevalência geral de 5% a 8% em adultos.[15] [16]

Outras parassonias

- Síndrome da cabeça explodindo tem sido relatada em todas as idades, mas parece ser particularmente prevalente em adultos jovens, ocorrendo em cerca de 16.6% de estudantes universitários. É mais comum entre aqueles que também apresentam paralisia do sono. A prevalência geral na população geral e as tendências globais em epidemiologia são desconhecidas. O fato de ser ou não mais comum em mulheres é controverso.[17]
- As estimativas de prevalência de alucinações relacionadas ao sono estão disponíveis na população europeia não institucionalizada, e a prevalência nos EUA provavelmente seja semelhante. Uma ampla coorte >15,000 pessoas no Reino Unido, Alemanha e Itália, com idade ≥15 anos, relatou alucinações no início do sono (24.8%) e ao despertar (6.6%). Pacientes jovens têm maior probabilidade de serem afetados, e mulheres podem correr um risco ligeiramente maior. Não existem tendências globais conhecidas em epidemiologia.[18]
- A prevalência de enurese varia amplamente com a idade, de 2% em adultos mais velhos a 30% em crianças em idade escolar.[19]

Etiologia

As seguintes parassonias não têm etiologia conhecida:

- Despertares confusionais
- Terror noturno
- Paralisia do sono isolada e recorrente
- Síndrome da cabeça explodindo
- Alucinações relacionadas ao sono
- Distúrbio alimentar relacionado ao sono.

Postula-se que pesadelos são simulações de eventos ameaçadores e exercem uma função de ensaio importante para a sobrevivência.[20]

A enurese está associada à imaturidade do sistema nervoso central (SNC), distúrbios do despertar, maior ingestão de líquidos, problemas urinários funcionais e estruturais, sexo masculino, tabagismo materno, idade da mãe inferior a 20 anos no período do nascimento do filho, estressores psicológicos e transtorno de déficit da atenção com hiperatividade.[21]

O sonambulismo foi associado ao gene HLA DQB1.[22]

O distúrbio comportamental do sono de movimento rápido dos olhos (DCR) também é idiopático, mas muitas vezes precede o desenvolvimento de distúrbios neurodegenerativos, especialmente sinucleinopatias, nas quais a proteína insolúvel (alfa-sinucleína) é depositada no tecido cerebral.[23] O protótipo de doença nessa categoria é a doença de Parkinson.

Uma forma aguda de DCR pode ser precipitada por medicamentos, inclusive antidepressivos tricíclicos, inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRSs), agentes colinérgicos e inibidores da monoaminoxidase.[24]

Fisiopatologia

A fisiopatologia exata é desconhecida para os seguintes:

- Síndrome da cabeça explodindo
- Distúrbio de pesadelo
- Distúrbio alimentar relacionado ao sono
- Enurese.

Parassonias do sono sem movimento rápido dos olhos (NREM)

- Despertar confusional e sonambulismo são caracterizados pela instabilidade do sono NREM, observada mesmo nas noites sem sonambulismo. Em estudos de neuroimagem com eletroencefalograma, eventos motores de sonambulismo também estão associados com ativação relacionada ao despertar da área motora cingulada.[25] É semelhante à instabilidade observada em pacientes com síndrome da resistência das vias aéreas superiores.[26]
- Altos níveis de fragmentação do sono de onda lenta estão por trás da fisiopatologia do terror noturno e do sonambulismo.[27]
- Pacientes com distúrbio alimentar relacionado ao sono tendem a compartilhar características psicológicas de pessoas com transtornos alimentares diurnos, e eles tendem a ter sono levemente fragmentado e eficiência de sono reduzida.[28]
- Pacientes com sonambulismo têm estado de vigília simultânea que se origina dos córtices motor e cingulado e sono persistente em regiões corticais associativas. Há um declínio no volume de substância cinzenta nos córtices posterior dorsal e cingulado médio posterior em sonâmbulos representando uma correlação neuroanatômica com este achado fisiopatológico.[29]

Parassonias do sono de movimento rápido dos olhos (REM)

- O distúrbio comportamental do sono de movimento rápido dos olhos (DCR) é um tipo de parassonia do sono REM e sua fisiopatologia é complexa, mas pesquisas iniciais dão suporte à hipótese de que lesões do tegmento da ponte possam resultar na perda de atonia e atividade motora durante o sono REM.[30] Postula-se que o tegmento pontino acomoda um mecanismo de atonia e outro que suprime a geração do padrão motor do tronco encefálico. Comportamentos diferentes (atonía isolada versus atonia com atividade motora não suprimida, mais complexa) podem, portanto, ser esperados dependendo do local preciso da lesão.
- Paralisia do sono isolada e recorrente acontece no sono REM e pode ser considerada um estado dissociado no qual elementos do sono REM persistem na vigília.[1]

Outras parassonias

- Embora se presuma que a intrusão do sonho REM na transição vigília-sono-vigília ocorra em alucinações relacionadas ao sono, a fisiopatologia exata também é desconhecida.[1]

Classificação

Classificação internacional dos distúrbios do sono (3a edição)[1]

1) Parassonias sem movimento rápido dos olhos (NREM)

- Despertares confusionais: caracterizado pela confusão observada quando o paciente desperta ou é acordado, geralmente do sono de onda lenta.
- Sonambulismo: causa a deambulação do paciente durante o sono. O sono ou nível alterado de consciência persiste durante o episódio.
- Terror noturno: apresenta manifestações de medo e hiperatividade autonômica (por exemplo, taquicardia, dilatação pupilar, aumento da pressão arterial) durante um despertar do sono de onda lenta. Frequentemente caracterizado por uma vocalização intensa às vezes descrita como grito de pavor.
- distúrbio alimentar relacionado ao sono: os pacientes comem e/ou bebem após despertar do sono. O comportamento é involuntário e pode ou não ser lembrado subsequentemente.

2) Parassonias usualmente relacionadas ao sono de movimento rápido dos olhos (REM)

- O distúrbio comportamental do sono de movimento rápido dos olhos (DCR) é um tipo de parassonia REM manifestada por um comportamento vigoroso e até violento durante o sono REM. Associado a tônus anormal durante o sono REM e parece reproduzir a encenação do sonho vívido. Os pacientes geralmente desenvolvem distúrbios neurodegenerativos que muitas vezes são sinucleinopatias, como a doença de Parkinson. Também existe uma variante do DCR que apresenta o comportamento de encenação do sonho fora do sono REM e sonambulismo ou despertar confusional, e costuma acontecer em grupos de sujeitos mais jovens sem associação clara com sinucleinopatias. É chamada de síndrome de sobreposição de parassonias.
- Paralisia do sono isolada e recorrente: causa a incapacidade de falar ou se mover no início do sono ou no despertar. O diagnóstico sugere que não há presença de narcolepsia nem de qualquer outro distúrbio capaz de causar a paralisia transitória. Geralmente ocorre durante o sono REM.
- Transtorno de pesadelo: os pacientes relatam sonhos desagradáveis recorrentes provocando perturbação do sono. Os pesadelos ocorrem durante o sono REM.

3) Outras parassonias

- Síndrome da cabeça explodindo: os pacientes descrevem um ruído alto ou a sensação de explosão na cabeça ocorrendo durante as transições vigília-sono ou sono-vigília.
- Alucinações relacionadas ao sono: podem ocorrer no início do sono (hipnagógica) ou no despertar do sono (hipnopômica) e geralmente são experiências visuais.
- Enurese, ou emissão involuntária de urina na cama, costuma ocorrer mais em crianças, mas adultos também podem apresentá-la.

Prevenção primária

Como a privação do sono é um fator de risco para algumas parassonias, o sono adequado é uma estratégia de prevenção primária que pode influenciar sua incidência.

Recomenda-se uma boa higiene do sono. Geralmente, a higiene do sono inclui as seguintes sugestões:

- Deitar-se na mesma hora todos os dias
- Evitar cochilos durante o dia
- Restringir cafeína, nicotina e álcool 4 a 6 horas antes de deitar
- Evitar problemas relacionados ao trabalho antes de deitar.

Se 20 minutos depois de deitar o paciente ainda estiver acordado, recomenda-se que levante e se ocupe com algo até sentir sono novamente e então volte para a cama.

Prevenção secundária

A prevenção de lesões relacionadas ao sono é uma consideração importante. Durante um episódio de despertar confusional, sonambulismo ou terror noturno, nenhuma restrição ou interferência deve ser instituída. Podem ser necessárias modificações no ambiente para garantir a segurança do paciente e evitar lesões. No distúrbio comportamental do sono de movimento rápido dos olhos, os pacientes e seus companheiros ou moradores da casa devem ser aconselhados a alterar o ambiente para minimizar o risco em caso de quedas ou pulos para fora da cama.

Caso clínico

Caso clínico #1

Por insistência da esposa e da filha, um homem branco de 70 anos apresenta-se com comportamento anormal no sono. A esposa relata que o paciente a esmurra vigorosamente e grita durante o sono. O paciente acredita que o problema ocorre porque ele executa os sonhos nos quais é perseguido por um grupo de homens e tenta se defender ao ser encurralado, "esmurrando-os". Depois de um episódio grave no qual caiu da cama e teve uma laceração na testa, ele decidiu se amarrar à cama, e sua família insistiu para que consultasse um médico. O exame físico revela expressão facial reduzida, rigidez em roda dentada dos membros (lado direito maior que o esquerdo) e marcha arrastada.

Caso clínico #2

Um homem de 30 anos apresenta-se com a esposa, que se queixa de que ele caminha durante o sono. Ela relata que cerca de 1 a 2 horas depois de dormir, ela acorda porque o marido se levanta e fica andando pelo quarto. Isso acontece uma ou duas vezes por mês. Em 2 ocasiões, ele tropeçou na mobília do quarto. Ela relata que não consegue interromper esses episódios redirecionando-o e falando com ele porque ele parece entorpecido e irresponsivo. O próprio paciente volta para a cama e dorme após cerca de 10 minutos de deambulação sem rumo pelo quarto. O paciente não se lembra de nenhum dos eventos. Entretanto, ele relata que o sonambulismo é extremamente comum em sua família e, quando era mais jovem, era visto caminhando com mais frequência que agora.

Outras apresentações

Parassonias podem ser transitórias e não ter consequência significativa sobre a qualidade do sono do paciente. Em outros casos, elas são suficientemente graves ou persistentes para causar uma perturbação significativa do sono e sofrimento ou lesão para o paciente ou companheiro.

Abordagem passo a passo do diagnóstico

O diagnóstico de uma parassonia baseia-se em uma anamnese detalhada, geralmente obtida do companheiro. A utilidade dos exames subsequentes depende de uma seleção de testes cuidadosa baseada em um consistente diagnóstico preliminar feito a partir da anamnese.

Em geral, parassonias são mais comuns em crianças que em adultos, especialmente aquelas sem movimento rápido dos olhos (NREM).

Presença de fatores de risco

É importante rastrear outros distúrbios primários do sono, como apneia obstrutiva do sono, privação do sono e transtornos do movimento periódico dos membros, porque eles podem precipitar parassonias. Além disso, há relatos de despertares forçados intimamente relacionados à ocorrência de parassonias.

Cada tipo de parassonia tem fatores de risco específicos fortemente associados a ele. Distúrbio comportamental do sono de movimento rápido dos olhos (DCR) e câibras relacionadas ao sono são

mais comuns em idade avançada, embora parassonias NREM sejam mais comuns na infância. DCR é mais comum em homens, enquanto distúrbio de pesadelo é mais comum em mulheres. É importante investigar a história familiar de distúrbio do sono, pois este é um achado muito comum em sonambulismo e também ocorre com despertar confusional e terror noturno. A presença do gene HLA DQB1 está fortemente associada ao sonambulismo.[22]

O distúrbio de pesadelo está fortemente associado a estresse crônico ou agudo e a transtornos psiquiátricos, particularmente transtorno de estresse pós-traumático, ansiedade, transtorno bipolar e depressão.[33] [34]

Alguns medicamentos e agentes farmacológicos estão fortemente associados a determinados distúrbios: venlafaxina e mirtazapina com DCR; noradrenalina, serotonina e dopamina com pesadelos e outras perturbações do sono.[39] [41] [42] [43] Distúrbios neurodegenerativos, como a doença de Parkinson, estão fortemente associados ao DCR, assim como a narcolepsia,[38] e há relatos de que distúrbios alimentares relacionados ao sono ocorrem com mais frequência em pessoas submetidas a tratamento para um transtorno alimentar conhecido. Pessoas com distúrbios alimentares relacionados ao sono também têm maior probabilidade de ter uma história de sonambulismo, fala durante o sono e movimentos periódicos dos membros no sono.[44]

História

A história geralmente é obtida do companheiro. Pacientes com parassonias podem ter relatos de despertar do sono exibindo cognição comprometida, comportamento incomum ou ambos. Lentidão mental, desorientação e problemas de memória, assim como distúrbios da fala, são observados em despertar confusional.

Comportamento vigoroso ou até mesmo violento pode estar presente em despertar confusional, sonambulismo, terror noturno e DCR. A sensação de um ruído intenso súbito na cabeça na síndrome da cabeça explodindo pode ser praticamente diagnóstica.[45] [46]

Testemunhas oculares de uma pessoa apresentando terror noturno ou pesadelos podem descrever o quanto o paciente parece assustado. Isso é manifestado em sinais de hiperatividade autonômica como taquicardia, taquipneia e dilatação das pupilas.

Em paralisia do sono isolada e recorrente, episódios de incapacidade de se movimentar são descritos. Um questionamento cuidadoso dos sintomas de narcolepsia, como cataplexia e alucinações hipnagógicas e hipnopômpicas é justificado antes de se fazer um diagnóstico de paralisia do sono isolada e recorrente.

Outros dados comportamentais importantes em parassonias incluem o comportamento alimentar observado no distúrbio alimentar relacionado ao sono. O paciente pode se lembrar do comportamento de se alimentar durante a noite ou a parassonia pode ser descrita pelo cônjuge, companheiro ou outro morador da casa.

Em pesquisas baseadas na comunidade por meio da aplicação de questionários de rastreamento de distúrbio comportamental do sono REM (DCR), a chance de DCR provável foi maior naqueles indivíduos com nível educacional e status socioeconômico inferiores, assim como naqueles que apresentaram mais fatores de risco para doença cardiovascular.[47]

Exame físico

Na maioria das parassonias, o exame físico no consultório é normal. Entretanto, podem haver evidências de lesões externas apontando para uma parassonia violenta como DCR. Pessoas com DCR geralmente desenvolvem distúrbios neurodegenerativos que muitas vezes são sinucleinopatias, como a doença de Parkinson.[23] Por isso, pessoas com DCR podem ter manifestações desses distúrbios, inclusive as seguintes:

- Lentidão de pensamento
- Dificuldades de memória
- Expressão facial reduzida
- Anormalidades dos movimentos extraoculares
- Rigidez dos membros, possivelmente com rigidez em roda dentada
- Anormalidades da marcha, como andar arrastado e instabilidade.

Polissonografia (PSG) noturna

Quando é necessária uma investigação para confirmar o diagnóstico de um tipo específico de parassonia, a primeira etapa geralmente é a PSG noturna com eletroencefalograma (EEG) de montagem estendida para descartar apresentação atípica das convulsões. Polissonografia (PSGs) para parassonias NREM tem um benefício maior se eletrodos da perna estiverem incluídos, assim como os medicamentos psicotrópicos interrompidos.[48] PSG não é necessariamente exigida para o diagnóstico de despertar confusional, sonambulismo, terror noturno ou alucinações relacionadas ao sono, mas pode ajudar. Não é necessária para distúrbio de pesadelo, alucinações relacionadas ao sono ou síndrome da cabeça explodindo.[49] Em paralisia do sono isolada e recorrente, nenhum teste é necessário, a menos que haja suspeita de narcolepsia. Em enurese, é necessária uma PSG quando há suspeita de apneia obstrutiva do sono.

Entretanto, a PSG é essencial quando há suspeita de DCR.

Em DCR, a PSG mostra evidências de aumento de tônus de eletromiografia (EMG) durante os episódios do sono de movimento rápido dos olhos e um comportamento anormal evidente documentado no monitoramento por vídeo durante o episódio. Isso pode incluir gritos e palavrões, chutes, socos e até mesmo pular para fora da cama.

Em algumas parassonias, o diagnóstico não é óbvio pela história isolada, e muitos diriam que a avaliação de PSG é indicada quando o comportamento é suficientemente problemático para ser tratado. PSG também é indicada quando há suspeita de um distúrbio primário do sono, como apneia obstrutiva do sono ou transtorno do movimento periódico dos membros. A PSG deve ser solicitada quando o companheiro do paciente se queixa de chutes.

Investigações adicionais

EEG é recomendado quando há suspeita de convulsões noturnas no diagnóstico diferencial de despertar confusional, sonambulismo, terror noturno e DCR.[50] Espículas epileptiformes podem ser observadas. Em alguns casos, a atividade convulsiva clínica durante o monitoramento por EEG pode ser acompanhada por uma convulsão eletrográfica. EEG também pode ser necessário em enurese, para excluir convulsões noturnas. A escala Frontal Lobe Epilepsy and Parasomnia (FLEP), um questionário validado para diagnóstico de eventos noturnos pode auxiliar na confiabilidade diagnóstica.[50]

Um exame de urina para detecção de drogas também é indicado quando há possibilidade de abuso de drogas.

Em episódios de sonambulismo, eletroencefalograma (EEG) mostra atividade de onda lenta elevada e densidade de oscilação lenta.[51]

Fatores de risco

Fortes

história de parassonias na infância (parassonias sem movimento rápido dos olhos [NREM])

- Em geral, parassonias NREM são mais prevalentes em crianças.

idade >60 anos (distúrbio comportamental do sono de movimento rápido dos olhos [DCR])

- DCR é um distúrbio de idosos, principalmente homens.[31]

sexo masculino (distúrbio comportamental do sono de movimento rápido dos olhos [DCR])

- Homens são mais comumente afetados pelo DCR que mulheres.[31]

sexo feminino (distúrbio de pesadelo, paralisia do sono recorrente e isolada)

- O distúrbio de pesadelo ocorre com mais frequência em mulheres que em homens, com uma prevalência geral de 5% a 8% em adultos.[15] Ele é mais prevalente em crianças.

história familiar (despertar confusional, sonambulismo, terror noturno)

- Frequentemente observa-se uma tendência familiar em despertar confusional, sonambulismo (muito comum), enurese, paralisia do sono isolada e recorrente e terror noturno.[1]

presença do gene HLA DQB1 (sonambulismo)

- O gene HLA DQB1 foi associado a uma tendência ao sonambulismo.[22]

apneia obstrutiva do sono e apneia central do sono (principalmente parassonias do sono sem movimento rápido dos olhos)

- Contribui para fragmentação do sono, privação do sono e ocorrência de parassonias.
- É provável que distúrbios respiratórios relacionados ao sono facilitem o aparecimento de todas as parassonias, especialmente em pessoas predispostas.
- Rastreamento e tratamento para apneia obstrutiva do sono são recomendados para reduzir a frequência dessas parassonias.
- A apneia central do sono também pode ser um fator desencadeador, embora seja muito menos comum. O rastreamento também detecta isso.

enurese

- Contribui para fragmentação do sono, privação do sono e ocorrência de parassonias.

transtorno do movimento periódico dos membros (principalmente parassonias do sono sem movimento rápido dos olhos)

- Contribui para fragmentação do sono, privação do sono e ocorrência de parassonias.
- Rastreamento e tratamento para transtorno do movimento periódico dos membros são recomendados para reduzir a frequência de parassonias.

privação do sono (sonambulismo e paralisia do sono)

- Um grande fator de risco para sonambulismo e paralisia do sono, especialmente em pessoas geneticamente predispostas a essas parassonias.[32]

estresse (distúrbio de pesadelo)

- Pessoas com estresse agudo e crônico têm maior probabilidade de desenvolver o distúrbio de pesadelo.[33]

transtornos psiquiátricos (distúrbio de pesadelo, paralisia do sono)

- Pacientes com distúrbio de pesadelo muitas vezes têm uma psicopatologia subjacente associada, especialmente transtorno do estresse pós-traumático (TEPT; também, por exemplo, ansiedade, transtorno bipolar, transtorno depressivo).[34]
- O transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) e a ansiedade também são fatores de risco para o desenvolvimento isolado de paralisia do sono.[35]

distúrbios neurológicos (distúrbio comportamental do sono de movimento rápido dos olhos [DCR])

- Pessoas com DCR geralmente desenvolvem distúrbios neurodegenerativos que muitas vezes são sinucleinopatias, como a doença de Parkinson.[23] [36] [37] DCR de início precoce, ocorrendo antes dos 50 anos, compreende uma minoria significativa de casos e está associado à narcolepsia.[38]

medicamentos como venlafaxina, inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRSs; distúrbio comportamental do sono de movimento rápido dos olhos [DCR], distúrbio de pesadelo)

- DCR agudo pode ser desencadeado por venlafaxina, ISRSs e outros antidepressivos.[39] [40]
- DCR também foi observado com mirtazapina prescrita para tratamento de parkinsonismo.[41]
- Agentes farmacológicos que afetam os neurotransmissores noradrenalina, serotonina e dopamina estão associados a pesadelos e outras perturbações do sono.[42] [43]

despertares forçados

- São comuns os relatos de ocorrência de parassonias após despertares forçados.

transtorno alimentar (distúrbio alimentar relacionado ao sono)

- Pessoas com um transtorno alimentar conhecido correm um risco maior que controles de desenvolver um distúrbio alimentar relacionado ao sono.[9]

história de sonambulismo, fala durante o sono e movimentos periódicos dos membros (distúrbio alimentar relacionado ao sono)

- Associados ao distúrbio alimentar relacionado ao sono.[44]

Anamnese e exame físico

Principais fatores de diagnóstico

doença conhecida causando fragmentação/privação do sono (comum)

- Cada tipo de parassonia tem fatores de risco específicos fortemente associados a ele. Descobriu-se que a apneia obstrutiva do sono (AOS), a enurese e o transtorno do movimento periódico dos membros contribuem para a fragmentação do sono, a privação do sono e a ocorrência de parassonias (principalmente parassonias sem movimento rápido dos olhos). AOS e narcolepsia também estão associadas ao distúrbio comportamental do sono de movimento rápido dos olhos (DCR); narcolepsia geralmente ocorre em jovens adultos com DCR.[38] Antidepressivos como venlafaxina (ou outros inibidores de recaptação de serotonina e noradrenalina) e fluoxetina (ou outros inibidores seletivos de recaptação de serotonina [ISRSs]) também podem desencadear DCR.[39] [40]

exame físico normal entre os episódios (comum)

- Na maioria das parassonias, o exame físico no consultório é normal; entretanto, em DCR, podem existir sinais de parkinsonismo.

distúrbio cognitivo durante o evento (despertar confusional, terror noturno e sonambulismo) (comum)

- Lentidão mental, desorientação e problemas de memória e distúrbios da fala são observados em despertar confusional, terror noturno e sonambulismo.

distúrbios cognitivos entre os episódios (distúrbio comportamental do sono de movimento rápido dos olhos [DCR]) (comum)

- O comprometimento da cognição observado entre os episódios (durante uma visita clínica) é uma característica dos distúrbios neurodegenerativos que muitas vezes acompanham o DCR.

sensação de um ruído intenso súbito na cabeça (síndrome da cabeça explodindo) (comum)

- Praticamente diagnóstica da síndrome da cabeça explodindo.[45] [46]

comportamento vigoroso ou violento (despertar confusional, sonambulismo, terror noturno e DCR) (comum)

- Pode acompanhar despertar confusional, sonambulismo, terror noturno e DCR.

episódios de incapacidade de se movimentar (paralisia do sono recorrente e isolada) (comum)

- Descritos em paralisia do sono recorrente e isolada.

comportamento de se alimentar durante a noite (distúrbio alimentar relacionado ao sono) (comum)

- O paciente pode se lembrar do comportamento de se alimentar durante a noite ou a parassonia pode ser descrita pelo cônjuge, companheiro ou outro morador da casa.

evidência de lesões externas (DCR) (comum)

- Aponta para uma parassonia violenta, como DCR; nesses casos, os pacientes podem ter problemas cognitivos.

hiperatividade autonômica durante o evento (terror noturno, distúrbio de pesadelo) (comum)

- Taquicardia, taquipneia e dilatação das pupilas são observadas em terror noturno.
- Taquicardia e taquipneia são comuns no distúrbio de pesadelo.

status socioeconômico e nível educacional baixos (distúrbio comportamental do sono de movimento rápido dos olhos [DCR]) (comum)

- Em pesquisas baseadas na comunidade por meio da aplicação de questionários de rastreamento de distúrbio comportamental do sono REM (DCR), a chance de DCR provável foi maior naqueles indivíduos com nível educacional e status socioeconômico inferiores.[\[47\]](#)

fatores de risco cardiovascular (distúrbio comportamental do sono de movimento rápido dos olhos [DCR]) (comum)

- Em pesquisas baseadas na comunidade por meio da aplicação de questionários de rastreamento de distúrbio comportamental do sono REM (DCR), a chance de DCR provável foi maior naqueles indivíduos que também apresentaram mais fatores de risco para doença cardiovascular.[\[47\]](#)

Outros fatores de diagnóstico

expressão facial anormal (despertar confusional, sonambulismo, terror noturno, distúrbio comportamental do sono de movimento rápido dos olhos [DCR]) (comum)

- Desorientação e confusão são típicos em despertar confusional, sonambulismo e terror noturno.
- A expressão facial reduzida observada entre os episódios (durante uma visita clínica) é uma característica dos distúrbios neurodegenerativos que muitas vezes acompanham o DCR.

sinais parkinsonianos (DCR) (comum)

- Pessoas com DCR geralmente desenvolvem distúrbios neurodegenerativos que muitas vezes são sinucleinopatias, como a doença de Parkinson.[\[23\]](#)

Exames diagnóstico

Primeiros exames a serem solicitados

Exame	Resultado
<p>polissonografia (PSG) (em distúrbio comportamental do sono de movimento rápido dos olhos [DCR])</p> <ul style="list-style-type: none"> • PSG deve ser solicitada se houver suspeita de distúrbio comportamental do sono de movimento rápido dos olhos. • PSG também pode ser considerada quando o companheiro do paciente relata chutes 	<p>evidências de aumento de tônus de eletromiografia (EMG) durante os episódios do sono de movimento rápido dos olhos e um comportamento anormal documentado em vídeo (por exemplo, gritos e palavrões, chutes, socos e até mesmo pular para fora da cama).</p>

Exames a serem considerados

Exame	Resultado
<p>PSG (em despertar confusional)</p> <ul style="list-style-type: none"> • PSG não é necessária para o diagnóstico de despertar confusional e deve ser solicitada somente se houver alguma incerteza quanto à história ou ao exame físico. • Deve ser solicitada a gravação em vídeo do comportamento com EEG assim como na PSG padrão. 	<p>despertar do sono de onda lenta no eletroencefalograma (EEG); pode-se observar uma atividade delta ou teta</p>
<p>PSG (em sonambulismo)</p> <ul style="list-style-type: none"> • PSG pode ser útil se o diagnóstico diferencial incluir sonambulismo precipitado por distúrbios respiratórios do sono (apneia obstrutiva do sono), outras parassonias que causam sonambulismo ou distúrbio comportamental do sono de movimento rápido dos olhos mimetizando sonambulismo. • No entanto, ela não é necessária para diagnóstico de sonambulismo. 	<p>despertar de sono de onda lenta no EEG com gravação de vídeo mostrando deambulação sem rumo durante o sono e frequentemente precedida pelo ato de sentar na cama</p>
<p>PSG (em distúrbio de pesadelo)</p> <ul style="list-style-type: none"> • PSG não é necessária, a menos que o distúrbio de pesadelo precise ser diferenciado de outras parassonias. 	<p>um despertar do sono de movimento rápido dos olhos (REM) observado no EEG</p>
<p>PSG (em terror noturno)</p> <ul style="list-style-type: none"> • PSG pode ser útil se o diagnóstico diferencial incluir terror noturno precipitados por distúrbios respiratórios do sono (apneia obstrutiva do sono) ou outras parassonias que causam terror noturno. • No entanto, PSG não é necessária para diagnóstico de terror noturno. 	<p>despertar de sono de onda lenta no EEG com gravação de vídeo demonstrando medo, agitação e confusão do paciente</p>

Exame	Resultado
PSG (em todas as outras parassonias) <ul style="list-style-type: none"> Indicada sempre que o diagnóstico não for óbvio pela história. Indicada também quando há suspeita de um distúrbio primário do sono, como apneia obstrutiva do sono ou transtorno do movimento periódico dos membros. PSG também pode ser considerada quando o companheiro do paciente relata chutes 	normal ou pode demonstrar evidência de outro distúrbio do sono primário
eletroencefalograma (EEG) <ul style="list-style-type: none"> Realizado quando há suspeita de convulsões noturnas no diagnóstico diferencial de despertar confusional, sonambulismo, terror noturno e distúrbio comportamental do sono de movimento rápido dos olhos. 	normal; podem ser observadas espículas epileptiformes, ou a atividade convulsiva clínica durante o monitoramento por EEG pode ser acompanhada por uma convulsão eletrográfica se houver epilepsia noturna; em episódios de sonambulismo, eletroencefalograma (EEG) mostra atividade de onda lenta elevada e densidade de oscilação lenta
exame de urina para detecção de drogas <ul style="list-style-type: none"> Um exame de urina para detecção de drogas também é indicado quando há possibilidade de abuso de drogas. 	normal; drogas de abuso podem estar presentes

Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
convulsões (noturnas)	<ul style="list-style-type: none"> Convulsões noturnas podem ser acompanhadas de incontinência, mordidas na língua, movimentos tônico-clônicos e sialorreia; esses sintomas não são observados em parassonias. Convulsões também podem ocorrer quando o paciente está acordado e dormindo; parassonias são sempre relacionadas ao sono.[52] 	<ul style="list-style-type: none"> O eletroencefalograma (EEG) pode revelar uma atividade elétrica anormal consistente com o diagnóstico de epilepsia.[50]

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
narcolepsia	<ul style="list-style-type: none"> • Pode apresentar características semelhantes à paralisia do sono isolada e recorrente. • Pacientes com narcolepsia apresentam outros sintomas, inclusive cataplexia (perda súbita focal ou generalizada de tônus muscular no corpo associada a fortes experiências emocionais), alucinações no início do sono ou ao acordar e ataques de sono irresistíveis. 	<ul style="list-style-type: none"> • Um teste múltiplo de latência do sono (TMLS) seguido por uma polissonografia noturna diferencia a narcolepsia da paralisia do sono isolada e recorrente. • Em um TMLS, os pacientes são monitorados no laboratório do sono enquanto têm a oportunidade de cochilar. • Uma latência de sono curta (<8 minutos) e ≥ 2 episódios de movimento rápido dos olhos no início do sono nesses cochilos indicam um diagnóstico de narcolepsia.
distúrbio dissociativo noturno	<ul style="list-style-type: none"> • Frequentemente apresenta psicopatologia subjacente.[53] É idêntico aos distúrbios dissociativos que ocorrem durante o estado de vigília, que resultam na perturbação da função integrada de consciência, memória, identidade ou percepção do ambiente.[54] • Comportamento e experiências bizarras, como propulsão pélvica, podem ser relatados pelas testemunhas.[45] O exame físico pode revelar evidências de lesão autoprovocada prévia, como marcas de corte no punho ou automutilação.[45] 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista clínica estruturada. • A polissonografia (PSG) não é necessária, a menos que o quadro clínico seja muito atípico e não possa ser diferenciado clinicamente do distúrbio comportamental do sono de movimento rápido dos olhos, sonambulismo ou terror noturno. A PSG revela que o comportamento associado ao distúrbio emerge em um estado de vigília, o que é indicado no eletroencefalograma (EEG).[45] [55]

Abordagem passo a passo do tratamento

O tratamento depende do tipo de parassonia e pode incluir tranquilização, modificação do ambiente de sono, terapia cognitiva e farmacoterapia. Um tratamento ativo é necessário se a parassonia causar lesão ao paciente ou ao companheiro e se houver perturbação significativa do sono.

Manejo inicial em parassonias sem movimento rápido dos olhos (NREM)

Durante um episódio de despertar confusional, sonambulismo ou terror noturno, nenhuma restrição ou interferência deve ser instituída, mas podem ser necessárias modificações no ambiente para garantir a segurança do paciente. A reversão dos fatores de risco ou dos fatores desencadeadores também é importante. Os pacientes devem ser aconselhados quanto à privação do sono, solicitados a interromper medicamentos que desencadeiam sonambulismo, como zolpidem, e ser tranquilizados. Ocasionalmente, despertares programados pouco antes do momento previsto do evento podem eliminar o episódio.[5]

Além disso, pode-se usar psicoterapia (especialmente hipnose e relaxamento) com despertar confusional, sonambulismo ou terror noturno.[56]

A terapia anticonvulsivante com topiramato demonstrou ser eficaz em alguns pacientes com distúrbio alimentar relacionado ao sono e é uma opção de primeira escolha quando o tratamento é necessário.[57] [58] 1[C]Evidence A duração do tratamento com topiramato é variável e depende da resposta ao tratamento, dos efeitos adversos e da escolha do médico/paciente. Pode ser necessário um tratamento de longa duração em pacientes com essa parassonia.

Parassonias NREM refratárias à terapia inicial

Em casos raros, despertar confusional, sonambulismo e terror noturno podem se tornar suficientemente graves ou crônicos para interferir significativamente na qualidade do sono. Nesses casos, experimentam-se benzodiazepínicos. Quando os benzodiazepínicos não são eficazes, ocasionalmente utilizam-se antidepressivos tricíclicos. No entanto, benzodiazepínicos, antidepressivos tricíclicos ou o inibidor seletivo de recaptção de serotonina sertralina[59] só devem ser usados em casos excepcionais. Dado o potencial de efeitos adversos, esses medicamentos devem ser usados apenas por especialistas em sono após a exclusão dos fatores desencadeadores reversíveis para o despertar confusional.[60]

Agonistas dopaminérgicos são indicados em casos de distúrbio alimentar relacionado ao sono se a terapia com topiramato falhar. Há relatos de que a terapia com pramipexol ou ropinirol causa sono súbito nos pacientes, mesmo enquanto desempenham atividades diurnas. Os pacientes devem ser avisados sobre o potencial desse efeito adverso, especialmente em relação a dirigir automóveis e operar máquinas pesadas. O tratamento deve ser suprimido gradualmente, pois a supressão abrupta pode causar agravamento agudo dos sintomas.

Benzodiazepínicos e psicoterapia demonstraram ser benéficos para o distúrbio alimentar relacionado ao sono.[57]

Manejo inicial de parassonias de movimento rápido dos olhos (REM)

O tratamento inicial depende do tipo de distúrbio REM.

- Em algumas parassonias REM, como o distúrbio comportamental do sono de movimento rápido dos olhos (DCR), os pacientes e seus companheiros ou moradores da casa devem ser aconselhados a alterar o ambiente para minimizar o risco em caso de quedas ou pulos para fora da cama. Pode ser necessário mudar ou bloquear a mobília, espelhos e escadas. Junto com a modificação do ambiente de sono, institui-se uma terapia farmacológica como tratamento de primeira linha em DCR.[56] Esse quadro requer um tratamento rápido para se tentar evitar lesões ao paciente e/ou companheiro. O medicamento de primeira escolha é o benzodiazepínico clonazepam, que é altamente eficaz nessa parassonia.[56] [61] 2[C]Evidence Melatonina é outra opção de tratamento tão válida quanto clonazepam e o primeiro medicamento a se tentar em pacientes com risco de quedas.[56] [62] Ela também é o único agente farmacológico com ensaios controlados por placebo para dar suporte à sua eficácia em DCR.[63]
- No caso de paralisia do sono isolada e recorrente, avaliação clínica e tranquilização isoladas podem ser apropriadas como tratamento de primeira linha. Em casos persistentes, antidepressivos tricíclicos ao deitar podem ser úteis.
- Pesadelos com recorrência suficiente para interferir na qualidade do sono e no bem-estar do paciente são tratados com relaxamento e dessensibilização.[64] A terapia cognitivo-comportamental direcionada ao pesadelo (terapia de ensaio imaginário e exposição) produziu desfechos de tratamento melhores que métodos indiretos, como relaxamento e gravação de pesadelos.[65] Quando associados ao transtorno do estresse pós-traumático (TEPT), prazosina e clonidina podem ser úteis.[66] Em casos refratários, há dados anedóticos que dão suporte ao uso de benzodiazepínicos, antidepressivos, gabapentina e topiramato.[66]

DCR refratário à terapia inicial

DCR é uma das parassonias REM. Se for refratário a clonazepam e melatonina, há relatos de outros medicamentos (paroxetina, L-dopa, inibidores de acetilcolinesterase, carbamazepina, zopiclona, outros benzodiazepínicos, oxibato de sódio e desipramina) que fornecem algum benefício.[62]

Manejo inicial de outras parassonias

Outras parassonias incluem:

- Alucinações relacionadas ao sono
- Síndrome da cabeça explodindo
- Enurese.

Durante uma avaliação em consultório, tranquilização isolada pode ser a única medida necessária como tratamento de primeira linha para alucinações relacionadas ao sono e síndrome da cabeça explodindo.

Enurese

O tratamento da enurese do sono requer diagnóstico (através de história cuidadosa e exame físico) e tratamento de possíveis causas secundárias. Isso inclui apneia obstrutiva do sono (AOS), problemas geniturinários e renais, convulsões, diabetes mellitus, alguns medicamentos (alguns antipsicóticos, valproato e inibidores seletivos de recaptção de serotonina [ISRSs]), hipertireoidismo e fatores psicológicos, como história de abuso sexual.[19] Depois de excluir as causas secundárias, os tratamentos de enurese dividem-se em 3 categorias principais: terapia comportamental, terapia de alarme (usada especialmente em crianças) e farmacoterapia.

A terapia comportamental tem o suporte de dados anedóticos e clínicos, mas não há nenhum ensaio randomizado disponível para validar sua eficácia. No entanto, ela apresenta poucos inconvenientes e deve ser tentada como primeira linha. Ela inclui um esquema intestinal rigoroso para evitar fezes duras ou constipação, já que isso pode causar ou piorar a enurese; o aumento da ingestão de líquidos durante a manhã e no início da tarde, e sua limitação no fim do dia e à noite; encorajar o paciente a não reter a urina e urinar pelo menos uma vez a cada 2 horas; e biofeedback para ajudar a relaxar os músculos do assoalho pélvico.[19]

A terapia de alarme só foi estudada em crianças e demonstrou ser eficaz em vários ensaios. Ela envolve o uso de um alarme sensível à umidade que dispara e desperta a criança no momento em que ela molha a cama.[19]

Farmacoterapia: os medicamentos que têm o suporte de ensaios randomizados quanto à sua eficácia incluem anticolinérgicos (oxibutinina, tolterodina), DDAVP ou desmopressina, antidepressivos tricíclicos e verapamil (somente em adultos). Raramente, os medicamentos podem ser usados em combinação.[19]

Visão geral do tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Em curso		(resumo)
parassonia sem movimento rápido dos olhos (NREM)		
■ despertar confusional ou terror noturno	1a	modificações de segurança e correção de fatores predisponentes
	adjunto	psicoterapia
	2a	benzodiazepínicos
	3a	antidepressivos tricíclicos
	1a	modificações de segurança e correção de fatores predisponentes
■ sonambulismo	adjunto	psicoterapia
	2a	benzodiazepínicos
	3a	antidepressivos
	1a	topiramato
■ distúrbio alimentar relacionado ao sono	2a	agonistas dopaminérgicos
parassonia de movimento rápido dos olhos (REM)		

Em curso		(resumo)	
■	distúrbio comportamental do sono de movimento rápido dos olhos (DCR)	1a	modificação do ambiente de sono associado a farmacoterapia
■	paralisia do sono isolada e recorrente	1a	observação
■	pesadelos	1a	terapia cognitivo-comportamental
		adjunto	prazosina ou clonidina
		2a	farmacoterapia
outras parassonias			
■	síndrome da cabeça explodindo, alucinações relacionadas ao sono	1a	observação
■	enurese	1a	terapia comportamental
		2a	terapia de alarme
		3a	farmacoterapia

Opções de tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Em curso

parassonia sem movimento rápido dos olhos (NREM)

■ despertar confusional ou terror noturno

1a

modificações de segurança e correção de fatores predisponentes

» Despertar confusional ou terror noturno geralmente não exigem terapia farmacológica.

» Indica-se a simples tranquilização de que a doença não é prejudicial e que provavelmente remitirá com o tempo.

» Medidas simples, como remover objetos que podem causar dano ao paciente das áreas de sono e evitar desencadeadores, como privação do sono, são justificadas, especialmente se os episódios forem frequentes e se ocorrerem em adultos.

» Restrições físicas durante um despertar confusional ou terror noturno não são indicadas.

adjunto

psicoterapia

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Se as modificações de segurança e a correção dos fatores predisponentes não funcionarem, acrescentar psicoterapia (TCC ou hipnose).^[56]

2a

benzodiazepínicos

Opções primárias

» **clonazepam**: 0.5 a 2 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar

OU

» **temazepam**: 15-30 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar

OU

» **diazepam**: 5-10 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar

OU

Em curso

» **oxazepam**: 10-20 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar

» Se o despertar confusional ou terror noturno persistirem apesar da observação, utilizam-se benzodiazepínicos. Benzodiazepínicos não são aprovados para uso em despertar confusional ou terror noturno e são usados apenas excepcionalmente para essas parassonias. Seu uso deve ser supervisionado por um especialista em sono qualificado, de preferência com conhecimento especial no tratamento de parassonias.

» A terapia farmacológica só deve ser instituída em casos crônicos e graves que causam perturbação significativa do sono do paciente.

» Pacientes submetidos a benzodiazepínicos devem ser alertados quanto ao potencial de sonolência diurna.

» Pode-se usar clonazepam, temazepam, oxazepam ou diazepam para despertar confusional ou terror noturno.

» Os pacientes devem ser observados em um acompanhamento rígido logo após o início do tratamento e ser avaliados quanto à eficácia, efeitos adversos, necessidade de alterar a dose ou interromper o tratamento e mudar para um tratamento diferente. Monitorar regularmente e reavaliar após 4 semanas.

» As doses devem ser baixas no início e aumentadas gradualmente de acordo com a resposta.

3a antidepressivos tricíclicos

Opções primárias

» **clomipramina**: 25-100 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar

OU

» **imipramina**: 10-50 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar

» Antidepressivos tricíclicos não são aprovados para uso em despertar confusional ou terror noturno e são usados apenas excepcionalmente para essa parassonia. Seu uso deve ser supervisionado por um especialista em sono qualificado, de preferência com conhecimento especial no tratamento de parassonias.

Em curso

■ sonambulismo

1a

» Antidepressivos aumentam o risco de suicídio em crianças, adolescentes e adultos jovens de acordo com estudos feitos com esses medicamentos em pacientes deprimidos. Os pacientes devem ser advertidos quanto a esse risco, além de outros efeitos adversos dos antidepressivos tricíclicos.

» Pode-se usar clomipramina e imipramina indistintamente.

» Os pacientes devem ser observados em um acompanhamento rígido logo após o início do tratamento e ser avaliados quanto à eficácia, efeitos adversos, necessidade de alterar a dose ou interromper o tratamento e mudar para um tratamento diferente. Monitorar regularmente e reavaliar após 4 semanas.

» As doses devem ser baixas no início e aumentadas gradualmente de acordo com a resposta.

modificações de segurança e correção de fatores predisponentes

» As terapias de primeira linha são evitar ou corrigir os fatores predisponentes (por exemplo, privação do sono, estresse escolar ou familiar) e fazer modificações de segurança no ambiente de sono para evitar lesão (por exemplo, trancar portas e janelas).

» A terapia farmacológica não deve ser instituída, a menos que essas medidas falhem e o sonambulismo seja crônico e/ou suficientemente grave para causar perturbação significativa do sono do paciente.

adjunto

psicoterapia

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Se as modificações de segurança e a correção dos fatores predisponentes não funcionarem, acrescentar psicoterapia (TCC ou hipnose).

2a

benzodiazepínicos**Opções primárias**

» **clonazepam**: 0.5 a 2 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar

Opções secundárias

» **diazepam**: 5-10 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar

Em curso

» Benzodiazepínicos não são aprovados para uso em sonambulismo e devem ser usados apenas excepcionalmente para essa parassonia. Por isso, seu uso deve ser supervisionado por um especialista em sono qualificado, de preferência com conhecimento especial no tratamento de parassonias.

» Os benzodiazepínicos só devem ser usados em casos graves de sonambulismo que não respondem às medidas simples (isto é, correção dos fatores predisponentes e modificações de segurança). Clonazepam e diazepam são os benzodiazepínicos de primeira escolha para essa indicação; porém, geralmente experimenta-se o clonazepam primeiro.

» Os pacientes são observados em um acompanhamento rígido logo após o início do tratamento e são avaliados quanto à eficácia, efeitos adversos, necessidade de alterar a dose ou interromper o tratamento e mudar para um tratamento diferente. Monitorar regularmente e reavaliar após 4 semanas.

» As doses devem ser baixas no início e aumentadas gradualmente de acordo com a resposta.

3a antidepressivos

Opções primárias

» **clomipramina**: 25-100 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar

OU

» **imipramina**: 10-50 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar

Opções secundárias

» **sertralina**: 25-75 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar

» Antidepressivos não são aprovados para uso em sonambulismo e são usados apenas excepcionalmente para essa parassonia. Por isso, seu uso deve ser supervisionado por um especialista em sono qualificado, de preferência com conhecimento especial no tratamento de parassonias.

» Antidepressivos tricíclicos só são usados em casos graves de sonambulismo que não respondem às medidas simples (isto é, correção dos fatores predisponentes e modificações de segurança) ou ao uso de benzodiazepínicos.

Em curso

■ **distúrbio alimentar relacionado ao sono**

1a

» Monitorar regularmente e reavaliar após 4 semanas.

» As doses devem ser baixas no início e aumentadas gradualmente de acordo com a resposta.

» O inibidor seletivo de recaptção de serotonina sertralina pode ser considerado como alternativa aos antidepressivos tricíclicos para tratamento de sonambulismo, caso os antidepressivos tricíclicos não sejam tolerados ou como tratamento de terceira linha, se as outras opções se mostrarem ineficazes.[59]

topiramato**Opções primárias**

» **topiramato**: 25-150 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar

» A terapia anticonvulsivante com topiramato demonstrou ser eficaz em alguns pacientes com distúrbio alimentar relacionado ao sono.[57] [58] 1[C]Evidence

» A duração do tratamento é variável e depende da resposta ao tratamento, dos efeitos adversos e da escolha do médico/paciente. Pode ser necessário um tratamento de longa duração em pacientes com essa parassonia.

» As doses devem ser baixas no início e aumentadas gradualmente de acordo com a resposta.

2a

agonistas dopaminérgicos**Opções primárias**

» **pramipexol**: 0.125 a 1.5 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar

OU

» **ropinirol**: 0.5 a 8 mg por via oral (liberação imediata) uma vez ao dia ao deitar

OU

» **carbidopa/levodopa**: 25/100 mg por via oral (liberação imediata) uma vez ao dia ao deitar

» Agonistas dopaminérgicos são indicados quando a terapia com topiramato falha.

» Há relatos de que a terapia de pramipexol e ropinirol causa sono súbito nos pacientes, mesmo enquanto desempenham atividades

Em curso

diurnas. Os pacientes devem ser avisados sobre o potencial desse efeito adverso, especialmente em relação a dirigir automóveis e operar máquinas pesadas.

» Eles também devem ser advertidos de que pode ocorrer hipotensão, especialmente hipotensão ortostática. Alguns pacientes descreveram alucinações visuais.

» A duração do tratamento com pramipexol, ropinirol ou carbidopa/levodopa é variável e depende da resposta ao tratamento, dos efeitos adversos e da escolha do médico/paciente. Pode ser necessário um tratamento de longa duração. O tratamento deve ser suprimido gradualmente, pois a supressão abrupta pode causar agravamento agudo dos sintomas.

» As doses devem ser baixas no início e aumentadas gradualmente de acordo com a resposta.

parassonia de movimento rápido dos olhos (REM)

- **distúrbio comportamental do sono de movimento rápido dos olhos (DCR)**

1a

modificação do ambiente de sono associado a farmacoterapia**Opções primárias**

» **melatonina**: 3-12 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar

OU

» **clonazepam**: 0.5 a 1 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar

Opções secundárias

» **pramipexol**: 0.125 a 1.5 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar

OU

» **paroxetina**: 10-40 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar

OU

» **donepezila**: 10-15 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar

Opções terciárias

Em curso

» **zopiclona**: 3.75 a 7.5 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar

OU

» **desipramina**: 50 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar

OU

» **carbamazepina**: 500-1500 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar

» Precauções de segurança para evitar lesão ao paciente e ao companheiro devem ser instituídas associadas à farmacoterapia. Devem-se remover móveis, espelhos e outros objetos que possam lesionar o paciente caso ele saia da cama. A porta do quarto deve ser fechada para evitar perigo em escadas ou deambulação pela casa.[56]

» Clonazepam é o benzodiazepínico de primeira escolha para essa indicação.[61] 2[C]Evidence Não há relatos de qualquer outro benzodiazepínico com o mesmo nível de eficácia que o clonazepam tem para esse distúrbio.

» Os pacientes submetidos a clonazepam devem ser alertados quanto ao potencial de sonolência diurna. O uso de álcool ou outras drogas depressoras do sistema nervoso central (SNC) associado a benzodiazepínicos aumenta o risco de sonolência e sedação, e os pacientes devem ser alertados a respeito desse potencial de interação.

» A supressão do tratamento de benzodiazepínico está associada à recorrência de sintomas de DCR.

» As doses devem ser baixas no início e aumentadas gradualmente de acordo com a resposta.

» Melatonina é outra opção de tratamento tão válida quanto clonazepam e o primeiro medicamento a se tentar em pacientes com risco de quedas.[56] [62]

» Se for refratário a melatonina ou clonazepam, outros medicamentos demonstraram oferecer o mesmo benefício.[62]

■ **paralisia do sono isolada e recorrente**

1a

observação

Em curso

■ **pesadelos****1a**

» Os pacientes devem ser tranquilizados de que a paralisia do sono isolada é muito comum e não acarreta consequências desfavoráveis.

terapia cognitivo-comportamental

» A terapia cognitivo-comportamental inclui técnicas de dessensibilização sistêmica e relaxamento.

» A terapia cognitivo-comportamental direcionada ao pesadelo (terapia de ensaio imaginário e exposição) produziu desfechos de tratamento melhores que métodos indiretos, como relaxamento e gravação de pesadelos.[65]

» Pesadelos que se repetem o suficiente para interferir na qualidade do sono e no bem-estar do paciente são tratados com essas técnicas.[64]

adjunto**prazosina ou clonidina**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **prazosina**: 1-4 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar

Opções secundárias

» **clonidina**: 0.2 a 0.6 mg por via oral uma vez ao dia em doses fracionadas

» Quando associados ao transtorno do estresse pós-traumático (TEPT), prazosina ou clonidina pode ser útil.[66]

2a**farmacoterapia****Opções primárias**

» **trazodona**: 50-200 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar

OU

» **gabapentina**: 300-3600 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar

OU

» **topiramato**: 75 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar

OU

Em curso

» **olanzapina**: 10-20 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar

» Em casos refratários, há dados anedóticos que dão suporte ao uso de benzodiazepínicos, antidepressivos, gabapentina e topiramato.[66]

outras parassonias

■ **síndrome da cabeça explodindo, alucinações relacionadas ao sono**

1a observação

» Um grupo de outras parassonias pode decorrer tanto do sono REM quanto do sono NREM (ou vigília) e geralmente apresenta um sintoma patognomônico característico (barulho alto ou flash de luz, alucinações vívidas).

» Pacientes com a síndrome da cabeça explodindo ou alucinações relacionadas ao sono devem ser tranquilizados de que essa parassonia não está associada a nenhuma consequência grave.

■ **enurese**

1a terapia comportamental

» A terapia comportamental tem o suporte de dados anedóticos e clínicos, mas não há nenhum ensaio randomizado disponível para validar sua eficácia. No entanto, ela apresenta poucos inconvenientes e deve ser tentada como primeira linha. Ela inclui um esquema intestinal rigoroso para evitar fezes duras ou constipação, já que isso pode causar ou piorar a enurese; o aumento da ingestão de líquidos durante a manhã e no início da tarde, e sua limitação no fim do dia e à noite; encorajar o paciente a não reter a urina e urinar pelo menos uma vez a cada 2 horas; e biofeedback para ajudar a relaxar os músculos do assoalho pélvico.[19]

2a terapia de alarme

» Só foi estudada em crianças e demonstrou ser eficaz em vários ensaios. Ela envolve o uso de um alarme sensível à umidade que dispara e desperta a criança no momento em que ela molha a cama.[19]

3a farmacoterapia

Opções primárias

» **desmopressina**: 0.2 a 0.6 mg por via oral 1 hora antes de deitar

OU

» **oxibutinina**: 5 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar

Em curso

OU

» **tolterodina**: 4 mg (liberação prolongada) por via oral uma vez ao dia ao deitar

OU

» **imipramina**: 25-75 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar

OU

» **verapamil**: 80 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar

» Os medicamentos que têm o suporte de ensaios randomizados quanto à sua eficácia incluem anticolinérgicos (oxibutinina, tolterodina), DDAVP ou desmopressina, antidepressivos tricíclicos e verapamil (somente em adultos). Raramente, os medicamentos podem ser usados em combinação.^[19]

Novidades

Agentes melatonérgicos

Um relato de caso sugere que os agentes melatonérgicos agomelatina e melatonina de liberação prolongada podem ajudar a aliviar o distúrbio alimentar relacionado ao sono. [67]

Recomendações

Monitoramento

Pacientes com parassonias violentas são acompanhados atentamente para garantir que o tratamento administrado seja eficaz e bem tolerado.

- Pacientes com distúrbio do sono de movimento rápido dos olhos são avaliados 1 mês após o início do tratamento e acompanhados de 3 a 6 meses para garantir a continuação da eficácia do clonazepam e a adesão terapêutica.
- Pacientes submetidos a medicamentos antidepressivos para tratar parassonias devem ser monitorados atentamente quanto a evidências de ideação suicida, especialmente pacientes jovens sob esses medicamentos.
- Uma vez que complicações fibróticas, como fibrose pleural e peritoneal, foram observadas muito raramente com a terapia de agonista dopaminérgico, devem-se monitorar os pacientes quanto a sintomas relacionados a essa patologia.

Instruções ao paciente

A instrução do paciente inclui explicar como os fatores predisponentes (como privação do sono e estresse) podem desencadear parassonias e devem ser evitados ou corrigidos, se possível.

Pacientes em tratamento com benzodiazepínicos são alertados quanto ao potencial de sonolência diurna. Eles são advertidos a não dirigir automóveis, operar máquinas pesadas ou praticar atividades que envolvam risco quando estiverem sonolentos. O uso de álcool ou outras drogas depressoras do sistema nervoso central (SNC) associado a benzodiazepínicos aumenta o risco de sonolência e sedação, e os pacientes devem ser alertados a respeito desse potencial de interação.

Os pacientes devem ser informados de que o topiramato pode estar associado a sonolência, tontura e, em alguns casos, anorexia e perda de peso. Problemas de memória também foram descritos com topiramato em alguns pacientes.

Há relatos de que a terapia de pramipexol e ropinirol causa sono súbito nos pacientes, mesmo enquanto desempenham atividades diurnas. Os pacientes devem ser avisados sobre o potencial desse efeito adverso, especialmente em relação a dirigir automóveis e operar máquinas pesadas. Eles também devem ser advertidos de que pode ocorrer hipotensão, especialmente hipotensão ortostática, com essas terapias.

Complicações

Complicações	Período de execução	Probabilidade
lesão relacionada ao sono no paciente ou companheiro (distúrbio comportamental do sono de movimento rápido dos olhos [DCR]).	variável	alta
<p>DCR muitas vezes está associado a lesão no paciente e/ou companheiro devido à atividade muito vigorosa associada à parassonia.</p> <p>DCR deve ser tratado imediatamente para evitar essa complicação.</p>		
lesões e violência relacionadas ao sono (despertar confusional)	variável	média
<p>A forma adulta do despertar confusional está associada a um comportamento violento em alguns casos, especialmente quando se intervém durante a parassonia.</p> <p>Pacientes com essa forma de despertar confusional precisam de tratamento e acompanhamento rigoroso.</p> <p>Os companheiros e outros moradores da casa precisam ser instruídos em relação à necessidade de evitar intervenções durante a parassonia e de manter um ambiente seguro para o paciente.</p>		
baixo desempenho durante o dia	variável	média
<p>Parassonias interrompem o sono do paciente, assim como o sono do companheiro e/ou de outros moradores da casa.</p>		

Prognóstico

Parassonias do sono sem movimento rápido dos olhos (NREM)

O prognóstico do paciente é muito bom para parassonias NREM (despertar confusional, sonambulismo e terror noturno), que são mais comuns na infância. A gravidade da parassonia diminui conforme a criança fica mais velha. Geralmente, ela remite na adolescência. Entretanto, a variante adulta do despertar confusional pode persistir sem remissão e está associada a complicações violentas, inclusive homicídio.^[1]

O distúrbio alimentar relacionado ao sono é crônico e persistente, mas controlável.

Parassonias do sono de movimento rápido dos olhos (REM)

- O distúrbio comportamental do sono de movimento rápido dos olhos (DCR) responde muito bem ao tratamento com melatonina ou clonazepam na maioria dos casos. Infelizmente, até 93% dos casos evoluem para distúrbios neurodegenerativos, como doença de Parkinson e outras sinucleinopatias.^[36]
- O prognóstico para o distúrbio de pesadelo é variável, sendo que psicopatologia subjacente é um fator de prognóstico desfavorável.

- Há poucas pesquisas sobre o prognóstico de pessoas com paralisia do sono isolada e recorrente.

Outras parassonias

- A síndrome da cabeça explodindo geralmente remite espontaneamente.
- As alucinações relacionadas ao sono são muito variáveis, mas tendem a melhorar com o tempo.
- A enurese geralmente é autolimitada na maioria dos casos em crianças e adultos que seguem o tratamento recomendado.

Diretrizes de diagnóstico

América do Norte

Practice parameters for the use of actigraphy in the assessment of sleep and sleep disorders: an update for 2007

Publicado por: American Academy of Sleep Medicine

Última publicação em:
2007

Practice parameters for the indications for polysomnography and related procedures: an update for 2005

Publicado por: American Academy of Sleep Medicine

Última publicação em:
2005

Diretrizes de tratamento

Europa

BAP consensus statement on evidence-based treatment of insomnia, parasomnias and circadian rhythm disorders

Publicado por: British Association for Psychopharmacology

Última publicação em:
2010

América do Norte

Practice parameters for the treatment of narcolepsy and other hypersomnias of central origin

Publicado por: American Academy of Sleep Medicine

Última publicação em:
2007

Nível de evidência

1. Redução da alimentação noturna: há evidências de baixa qualidade de um número limitado de pacientes com distúrbio alimentar relacionado ao sono de que o topiramato pode ser benéfico para reduzir da alimentação noturna, embora também possa haver problemas de tolerabilidade em alguns pacientes.[\[57\]](#) [\[58\]](#)

Nível de evidência C: Estudos observacionais (coorte) de baixa qualidade ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes com falhas metodológicas.

2. Eficácia do clonazepam para tratamento do distúrbio comportamental do sono de movimento rápido dos olhos: há evidências de baixa qualidade de que o clonazepam apresenta boa eficácia para o tratamento de pacientes com o distúrbio comportamental do sono de movimento rápido dos olhos.[\[61\]](#)

Nível de evidência C: Estudos observacionais (coorte) de baixa qualidade ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes com falhas metodológicas.

Artigos principais

- American Academy of Sleep Medicine. International classification of sleep disorders, 3rd ed: Diagnostic and coding manual. Darien, IL: American Academy of Sleep Medicine; 2014.
- Attarian H. Treatment options for parasomnias. *Neurol Clin.* 2010;28:1089-1106.
- Boeve BF, Silber MH, Ferman TJ, et al. Clinicopathologic correlations in 172 cases of rapid eye movement sleep behavior disorder with or without a coexisting neurologic disorder. *Sleep Med.* 2013;14:754-762. [Texto completo](#)
- Derry C. Nocturnal frontal lobe epilepsy vs parasomnias. *Curr Treat Options Neurol.* 2012;14:451-463.
- Aurora RN, Zak RS, Maganti RK, et al; Standards of Practice Committee, American Academy of Sleep Medicine. Best practice guide for the treatment of REM sleep behavior disorder (RBD). *J Clin Sleep Med.* 2010;6:85-95. [Texto completo](#)
- Aurora RN, Zak RS, Auerbach SH, et al; Standards of Practice Committee, American Academy of Sleep Medicine. Best practice guide for the treatment of nightmare disorder in adults. *J Clin Sleep Med.* 2010;6:389-401. [Texto completo](#)

Referências

- American Academy of Sleep Medicine. International classification of sleep disorders, 3rd ed: Diagnostic and coding manual. Darien, IL: American Academy of Sleep Medicine; 2014.
- Ohayon MM, Priest RG, Zulley J, et al. The place of confusional arousals in sleep and mental disorders: findings in a general population sample of 13,057 subjects. *J Nerv Ment Dis.* 2000;188:340-380.
- Ohayon M, Guilleminault C, Priest RG. Night terrors, sleepwalking, and confusional arousal in the general population: their frequency and relationship to other sleep and mental disorders. *J Clin Psychiatry.* 1999;60:268-276.
- Kales A, Soldatos C, Caldwell AB, et al. Somnambulism: clinical characteristics and personality patterns. *Arch Gen Psychiatry.* 1980;37:1406-1410.
- Attarian H. Treatment options for parasomnias. *Neurol Clin.* 2010;28:1089-1106.
- Klackenberg G. Somnambulism in childhood - prevalence, course and behavioral correlations. A prospective longitudinal study (6-16 years). *Acta Paediatr Scand.* 1982;71:495-499.
- Robinson A, Guilleminault C. Disorders of arousal. In: Chokroverty S, Hening WA, Walters AS, eds. *Sleep and movement disorders.* Philadelphia, PA: Butterworth Heinemann; 2003:265-272.

8. Goodwin JL, Kaemingk KL, Fregosi RF, et al. Parasomnias and sleep disordered breathing in Caucasian and Hispanic children - the Tucson children's assessment of sleep apnea study. *BMC Med.* 2004;2:14. [Texto completo](#)
9. Winkelman JW, Herzog D, Fava M. The prevalence of sleep-related eating disorder in psychiatric and non-psychiatric populations. *Psychol Med.* 1999;29:1461-1466.
10. Ohayon MM, Caulet M, Priest RG. Violent behavior during sleep. *J Clin Psychiatry.* 1997;58:369-376.
11. Awadalla A, Al-Fayez G, Harville M, et al. Comparative prevalence of isolated sleep paralysis in Kuwaiti, Sudanese and American college students. *Psychol Rep.* 2004;95:317-322.
12. Fukuda K. One explanatory basis for the discrepancy of reported prevalence of sleep paralysis among healthy respondents. *Percept Mot Skills.* 1993;77:803-807.
13. Wing YK, Chiu H, Leung T, et al. Sleep paralysis in the elderly. *J Sleep Res.* 1999;8:151-155.
14. Cheyne JA. Sleep paralysis episode frequency and number, types, and structure of associated hallucinations. *J Sleep Res.* 2005;14:319-324.
15. Zadra A, Donderi DC. Nightmares and bad dreams: their prevalence and relationship to well-being. *J Abnorm Psychol.* 2000;109:273-281.
16. Schredl M, Reinhard I. Gender differences in nightmare frequency: a meta-analysis. *Sleep Med Rev.* 2011;15:115-121.
17. Sharpless BA. Exploding head syndrome is common in college students. *J Sleep Res.* 2015;24:447-449.
18. Ohayon MM. Prevalence of hallucinations and their pathological associations in the general population. *Psychiatry Res.* 2000;97:153-164.
19. Robson WL. Clinical practice. Evaluation and management of enuresis. *N Engl J Med.* 2009;360:1429-1436.
20. Revonsuo A. The reinterpretation of dreams: an evolutionary hypothesis of the function of dreaming. *Behav Brain Sci.* 2000;23:877-901.
21. Robson WL, Jackson HP, Blackhurst D, et al. Enuresis in children with attention-deficit hyperactivity disorder. *South Med J.* 1997;90:503-505.
22. Lecendreux M, Bassetti C, Dauvilliers Y, et al. HLA and genetic susceptibility to sleepwalking. *Mol Psychiatry.* 2003;8:114-117. [Texto completo](#)
23. Schenck CH, Bundlie SR, Mahowald MW. Delayed emergence of a parkinsonian disorder in 38% of 29 older men initially diagnosed with idiopathic rapid eye movement sleep behavior disorder. *Neurology.* 1996;46:388-393.

24. Mahowald MW, Schenck CH. REM Sleep Parasomnias. In: Kryger MH, Roth T, Dement WC, eds. Principles and practice of sleep medicine. 4th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2005.
25. Januszko P, Niemcewicz S, Gajda T, et al. Sleepwalking episodes are preceded by arousal-related activation in the cingulate motor area: EEG current density imaging. Clin Neurophysiol. 2016;127:530-536.
26. Guilleminault C, Kisisoglu C, da Rosa AC, et al. Sleepwalking, a disorder of NREM sleep instability. Sleep Med. 2006;7:163-170.
27. Espa F, Ondze B, Deglise P, et al. Sleep architecture, slow wave activity, and sleep spindles in adult patients with sleepwalking and sleep terrors. Clin Neurophysiol. 2000;111:929-939.
28. Vinai P, Ferri R, Anelli M, et al. New data on psychological traits and sleep profiles of patients affected by nocturnal eating. Sleep Med. 2015;16:746-753.
29. Heidbreder A, Stefani A, Brandauer E, et al. Gray matter abnormalities of the dorsal posterior cingulate in sleep walking. Sleep Med. 2017;36:152-155.
30. Jouvett M, Delorme F. Locus coeruleus et sommeil paradoxal. CR Soc Biol. 1965;159:895-899.
31. Schenck CH, Bundlie SR, Ettinger MG, et al. Chronic behavioral disorders of human REM sleep: a new category of parasomnia. Sleep. 1986;9:293-308.
32. Pressman MR. Factors that predispose, prime and precipitate NREM parasomnias in adults: clinical and forensic implications. Sleep Med Rev. 2007;11:5-30.
33. Germain A, Nielsen T. Sleep pathophysiology in posttraumatic stress disorder and idiopathic nightmare sufferers. Biol Psychiatry. 2003;54:1092-1098.
34. Hublin C, Kaprio J, Partinen M, et al. Nightmares: familial aggregation and association with psychiatric disorders in a nationwide twin cohort. Am J Med Genet. 1999;88:329-336.
35. Jalal B, Hinton DE. Sleep paralysis among Egyptian college students: association with anxiety symptoms (PTSD, trait anxiety, pathological worry). J Nerv Ment Dis. 2015;203:871-875.
36. Boeve BF, Silber MH, Ferman TJ, et al. Clinicopathologic correlations in 172 cases of rapid eye movement sleep behavior disorder with or without a coexisting neurologic disorder. Sleep Med. 2013;14:754-762. [Texto completo](#)
37. Schenck CH, Boeve BF, Mahowald MW. Delayed emergence of a parkinsonian disorder or dementia in 81% of older males initially diagnosed with idiopathic REM sleep behavior disorder (RBD): 16 year update on a previously reported series. Sleep Med. 2013;14:744-748.
38. Ye J. Rapid eye movement sleep behavior disorder in adults younger than fifty years old. Sleep Med. 2013;14:768-774. [Texto completo](#)
39. Schutte S, Doghramji K. REM behavior disorder seen with venlafaxine [Effexor]. Sleep Res. 1996;25:364.

40. Lam SP, Fong SY, Ho CK, et al. Parasomnia among psychiatric outpatients: a clinical, epidemiologic, cross-sectional study. *J Clin Psychiatry*. 2008;69:1374-1382. [Texto completo](#)
41. Nash JR, Wilson SJ, Potokar JP, et al. Mirtazipine induces REM sleep behavior disorder (RBD) in parkinsonism. *Neurology*. 2003;61:1161.
42. Pagel JF, Helfter P. Drug induced nightmares - an etiology based review. *Hum Psychopharmacol*. 2003;18:59-67.
43. Kierlin L, Littner MR. Parasomnias and antidepressant therapy: a review of the literature. *Front Psychiatry*. 2011;2:71. [Texto completo](#)
44. Vetrugno R, Manconi M, Ferini-Strambi L, et al. Nocturnal eating: sleep-related eating disorder or night eating syndrome? A videopolysomnographic study. *Sleep*. 2006;29:949-954.
45. Schenck CH, Mahowald MW. Parasomnias. Managing bizarre sleep-related behavior disorders. *Postgrad Med*. 2000;107:145-156.
46. Pearce J. Clinical features of the exploding head syndrome. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1989;52:907-910. [Texto completo](#)
47. Wong JC, Li J, Pavlova M, Chen S, et al. Risk factors for probable REM sleep behavior disorder: A community-based study. *Neurology*. 2016;86:1306-1312.
48. Fois C, Wright MA, Sechi G, et al. The utility of polysomnography for the diagnosis of NREM parasomnias: an observational study over 4 years of clinical practice. *J Neurol*. 2015;262:385-393. [Texto completo](#)
49. Sachs C, Svanborg E. The exploding head syndrome: polysomnographic recordings and therapeutic suggestions. *Sleep*. 1991;14:263-266.
50. Derry C. Nocturnal frontal lobe epilepsy vs parasomnias. *Curr Treat Options Neurol*. 2012;14:451-463.
51. Perrault R, Carrier J, Desautels A, et al. Electroencephalographic slow waves prior to sleepwalking episodes. *Sleep Med*. 2014;15:1468-1472.
52. Bazil CW. Nocturnal seizures. *Semin Neurol*. 2004;24:293-300.
53. Agargun M, Kara H, Ozer O, et al. Characteristics of patients with nocturnal dissociative disorders. *Sleep Hypnosis*. 2001;3:131-134.
54. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed., (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
55. Schenck C, Milner DM, Hurwitz TD, et al. Dissociative disorders presenting as somnambulism: polysomnographic, video and clinical documentation (8 cases). *Dissociation*. 1989;4:194-204.
56. Fantini ML, Puligheddu M, Cicolin A. Sleep and violence. *Curr Treat Options Neurol*. 2012;14:438-450.

57. Winkelman JW. Treatment of nocturnal eating syndrome and sleep-related eating disorder with topiramate. *Sleep Med.* 2003;4:243-246.
58. Winkelman JW. Efficacy and tolerability of open-label topiramate in the treatment of sleep-related eating disorder: a retrospective case series. *J Clin Psychiatry.* 2006;67:1729-1734.
59. Attarian H, Zhu L. Treatment options for disorders of arousal: a case series. *Int J Neurosci.* 2013;123:623-625.
60. Harris M, Grunstein RR. Treatments for somnambulism in adults: assessing the evidence. *Sleep Med Rev.* 2009;13:295-297.
61. Schenck CH, Mahowald MW. Polysomnographic, neurologic, psychiatric, and clinical outcome report on 70 consecutive cases with REM sleep behavior disorder (RBD): Sustained clonazepam efficacy in 89.5% of 57 treated patients. *Cleve Clin J Med.* 1990;57(Suppl):S9-S23.
62. Aurora RN, Zak RS, Maganti RK, et al; Standards of Practice Committee, American Academy of Sleep Medicine. Best practice guide for the treatment of REM sleep behavior disorder (RBD). *J Clin Sleep Med.* 2010;6:85-95. [Texto completo](#)
63. Kunz D, Mahlberg R. A two-part, double-blind, placebo-controlled trial of exogenous melatonin in REM sleep behaviour disorder. *J Sleep Res.* 2010;19:591-596.
64. Miller WR, DiPilato M. Treatment of nightmares via relaxation and desensitization: a controlled evaluation. *J Consult Clin Psychol.* 1983;51:870-877.
65. Lancee J, Spoormaker VI, Krakow B, et al. A systematic review of cognitive-behavioral treatment for nightmares: toward a well-established treatment. *J Clin Sleep Med.* 2008;4:475-480. [Texto completo](#)
66. Aurora RN, Zak RS, Auerbach SH, et al; Standards of Practice Committee, American Academy of Sleep Medicine. Best practice guide for the treatment of nightmare disorder in adults. *J Clin Sleep Med.* 2010;6:389-401. [Texto completo](#)
67. Zapp AA, Fischer EC, Deuschle M. The effect of agomelatine and melatonin on sleep-related eating: a case report. *Journal of Medical Case Reports.* 2017;11:275.

Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerálas substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

NOTA DE INTERPRETAÇÃO: Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,000
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

Hrayr Attarian, MD

Associate Professor

Director of the Sleep Fellowship Program, Neurology Department, Northwestern University, Chicago, IL

DIVULGAÇÕES: HA is an author of a number of references cited in this monograph.

// Reconhecimentos:

Dr Hrayr Attarian would like to gratefully acknowledge Dr Pierre Giglio, a previous contributor to this monograph. PG declares that he has no competing interests.

// Colegas revisores:

Bobbi Hopkins, MD

Baylor College of Medicine

Texas Children's Hospital, Clinical Care Center, Houston, TX

DIVULGAÇÕES: BH declares that she has no competing interests.

Mark Mahowald, MD

Professor and Chairman

Department of Neurology, Hennepin County Medical Center, Minneapolis, MN

DIVULGAÇÕES: MM is an author of a number of references cited in this monograph.