

PARALISIA DO SONO RECORRENTE – MEDO DE DORMIR

Recurrent sleep paralysis – fear of sleeping

Daniela Figueiredo Ramos^{a,*} , Joana Magalhães^b ,
Paulo Santos^b , Jorge Vale^b , Maria Inês Santos^b 

RESUMO

Objetivo: Relatar um caso de paralisia do sono isolada e recorrente (PSIR), uma parassonia benigna com episódios inquietantes e assustadores de paralisia do sono.

Descrição do caso: Descreve-se um caso de PSIR de uma adolescente de dezesseis anos que buscou cuidados médicos devido a sintomas de ansiedade. A paralisia do sono e as alucinações auditivas e táteis associadas haviam começado três anos antes, com agravamento no último ano, causando medo de dormir. Os episódios eram extremamente perturbadores, gerando um impacto negativo no sono, desempenho escolar e vida social da paciente. Condições médicas foram excluídas e começou um tratamento com um inibidor seletivo da recaptção de serotonina, com resolução completa dos sintomas.

Comentários: Queixas relacionadas ao sono são frequentemente subvalorizadas. Portanto, os médicos devem perguntar aos seus pacientes sobre problemas relacionados com o sono durante a avaliação clínica.

Palavras-chave: Paralisia do sono; Alucinações; Ansiedade; Parassonia.

ABSTRACT

Objective: To report a case of recurrent isolated sleep paralysis (RISP), a benign parasomnia with worrisome and frightening sleep paralysis episodes.

Case description: We describe a case of RISP in a sixteen-year-old girl who seeks medical attention for anxiety symptoms. The sleep paralysis and associated auditory and tactile hallucinations began three years before with worsening in the last year, causing fear of sleeping. The episodes were intensely frightening causing negative impact in patient's sleep, school performance and social function. Medical conditions were excluded, and she started treatment with a selective serotonin reuptake inhibitor with complete resolution of symptoms.

Comments: Sleep complaints are often devalued. Therefore, clinicians should actively ask their patients about their sleep during health assessment.

Keywords: Sleep paralysis; Hallucinations; Anxiety; Parasomnia.

*Autor correspondente. E-mail: danielaframos88@gmail.com (D.F. Ramos).

^aCentro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal.

^bCentro Hospitalar Tondela-Viseu, Viseu, Portugal.

Recebido em 09 de julho de 2018, aprovado em 16 de setembro de 2018; disponível on-line em 08 de novembro de 2019.

INTRODUÇÃO

A paralisia do sono (PS) ocorre quando a atonia do sono REM (do inglês *rapid eye movement* – movimento rápido dos olhos) continua ao despertar,^{1,2} sem outras características clínicas de narcolepsia³. Episódios isolados de PS são caracterizados por atonia muscular, com movimentos respiratórios e oculares preservados, no início ou final do sono,^{2,5} normalmente breves e que desaparecem espontaneamente ou mediante estímulo externo.² Durante esta paralisia consciente, a maioria dos indivíduos tem sonhos vívidos, multissensoriais e, muitas vezes, com conotação negativa, tornando a PS uma experiência muito desagradável.^{4,6}

Episódios isolados de PS não são melhor explicados por outros distúrbios do sono (por exemplo, a narcolepsia), efeitos de medicamentos ou outras substâncias. A paralisia do sono isolada e recorrente (PSIR) é uma parassonia benigna que consiste em vários episódios isolados de PS (pelo menos dois a cada seis meses) associada a angústia clinicamente significativa (ansiedade e/ou medo relacionado ao quarto/sono).^{1,2}

A prevalência da PSIR é de 7,6%,¹ mas há relatos de prevalências maiores entre estudantes (28,3%) e indivíduos do sexo feminino.^{1,5} Outros fatores de risco são a má qualidade ou privação do sono, patologias psiquiátricas (ansiedade, pânico ou transtorno de estresse pós-traumático) e certos traços de personalidade.^{1,7} Este artigo descreve um caso de episódios de PS recorrentes associados à ansiedade significativa.

DESCRIÇÃO DO CASO

Uma adolescente previamente saudável de 16 anos foi encaminhada à Clínica de Medicina do Adolescente por seu médico de família devido a sintomas de medo, inquietação, distúrbios do sono e alucinações.

Ela sempre foi ansiosa, principalmente na escola, apesar de seu bom desempenho. Aos nove anos, ela precisou de acompanhamento psicológico depois de presenciar uma convulsão de sua mãe devido a um acidente vascular cerebral.

Três anos antes, ela começou a apresentar episódios frequentes de paralisia total ao acordar (entre 6 e 7h). Estes episódios duravam cerca de dois minutos e eram mais comuns durante as férias e feriados, quando ela dormia até mais tarde. A paciente mencionou um aumento na frequência e duração no último ano. Os episódios eram mais frequentes quando ela dormia na posição supina e menos frequentes em decúbito lateral. Ela também relatou dispneia e alucinações auditivas e táteis (“Eu sinto a garra de um animal na minha cabeça”, “alguém segurando as minhas mãos”, “aperto em volta do pescoço”, “amigos chamando meu nome”). Embora a paralisia fosse transitória, estes episódios eram muito assustadores, levando

a um contínuo estado de ansiedade e medo de dormir, com diminuição da qualidade do sono, insônia, cansaço, sonolência diurna e falta de concentração e memória, o que resultou em piora no desempenho escolar, desmotivação, isolamento e abandono progressivo do seu grupo de amigos. Não houve episódios de cataplexia ou sintomas de pernas inquietas, e ela negou ronco ou apneia.

Apesar de relatar sonolência diurna, sua pontuação foi de 1/24 na Escala de Sonolência de Epworth. Ela declarou deitar-se às 22h e ouvir música ou ler em seu celular, dormindo meia hora mais tarde. A paciente acordava às 7h durante a semana e às 8h nos fins de semana e negou cochilar. Ela também negou o consumo de álcool e cafeína, bem como o uso de medicamentos ou substâncias ilícitas. Seu pai e dois tios paternos descreveram episódios semelhantes, mas eles subvalorizaram essas queixas.

Apesar da paciente estar notoriamente ansiosa e suada, o exame físico foi normal, com diálogo adequado e cooperativo. Sua pressão arterial era de 113/69 mmHg (< percentil 90 para idade, sexo e altura); com pulso regular de 90 batimentos/min. A paciente pesava 49 kg, tinha 152 cm (percentil 3–15) de altura e índice de massa corporal de 22,1 kg/m² (percentil 50–85) (padrão de crescimento infantil da Organização Mundial da Saúde). O exame físico do trato respiratório superior (com classificação de Mallampati I) e pescoço, bem como de doenças cardiorrespiratórias e neurológicas estava normal.

O diagnóstico diferencial foi: higiene do sono inadequada, narcolepsia sem cataplexia, doença psiquiátrica, epilepsia relacionada ao sono e qualquer condição médica crônica (anemia, doença cardíaca, malignidade ou distúrbio metabólico) ou distúrbio do sistema nervoso central adquirido.

Os resultados do hemograma completo, perfil metabólico, função tireoidiana, níveis de vitamina B12 e D, eletroencefalograma e tomografia axial computadorizada do crânio estavam todos normais.

Conseqüentemente, a paciente foi diagnosticada com PSIR e encaminhada a um pneumologista/especialista em medicina do sono. A actigrafia indicou horário de sono regular com latência média de 36 minutos e eficiência de 81%. A média do tempo total de sono foi de 9 horas e 10 minutos.

Apesar das explicações sobre o curso benigno da doença e a higiene do sono, as queixas persistiram. Um mês depois, ela passou por consulta com um psiquiatra de crianças e adolescentes e iniciou um tratamento com um inibidor seletivo da recaptção de serotonina (fluvoxamina oral de 50 mg uma vez por dia), sem efeitos colaterais. Houve uma melhora significativa de todos os sintomas e nenhum outro exame diagnóstico foi feito. Ela tomou fluvoxamina por sete meses com remissão total dos sintomas e sem recorrência seis meses após redução da dose.

DISCUSSÃO

Este artigo descreve um caso típico de PSIR. Esta parassonia tem início geralmente na adolescência,^{4,6} sendo mais comum entre as meninas.¹ Os episódios de PS ocorrem ao despertar (estado hipnopômico), ao contrário da paralisia associada à narcolepsia, que está intimamente associada ao início do sono (estado hipnagógico).^{3,4,8} No presente caso, os episódios duravam dois minutos, enquanto a literatura descreve uma média de seis minutos.^{1,4} Muitos relatórios indicam que os eventos ocorrem mais frequentemente em posição supina, como no caso desta adolescente, embora o motivo seja desconhecido.^{1,3-5,9} Alucinações são geralmente o sintoma mais perturbador.^{6,8} Pressão no peito é relatada em 52,9% dos casos e sensação de estrangulamento em 17,6%.⁴ Estas características são comuns (88,3%), mas não essenciais para o diagnóstico.¹

O diagnóstico de PSIR precisa satisfazer a critérios clínicos, incluindo frequência dos eventos e desconforto clínico,¹ e os episódios não devem ser melhor explicados por outros distúrbios do sono, uso de medicação ou efeitos de substâncias.^{1,4} Muitos quadros clínicos podem estar associados à sonolência diurna excessiva ou sintomas relacionados ao sono.¹⁰ Portanto, é essencial levantar informações para um histórico médico detalhado e realizar os estudos complementares apropriados. A polissonografia pode ser útil para confirmar o diagnóstico¹, mas no centro onde este estudo foi realizado, dada a falta de recursos, este exame é reservado para casos complexos ou em que os pacientes não respondem à primeira linha de intervenção.

Os pacientes costumam descrever episódios extremamente perturbadores, mesmo depois de entenderem que o distúrbio é benigno e autolimitado.³ O medo surge da paralisia e das experiências alucinatórias.^{4,6,9} A paciente deste caso desenvolveu ansiedade antecipatória, com grande impacto na sua qualidade de sono e vida diária. Além de apoio, os pacientes também precisam compreender que eles não são problemáticos ou “loucos”, devendo discutir esses acontecimentos com um profissional de saúde para aliviar a ansiedade desnecessária.^{1,4,6}

Acontecimentos traumáticos parecem ter relação com a PS.⁵ A PS e a PSIR estão associadas à ansiedade, ao pânico e ao

transtorno de estresse pós-traumático.^{1,6,8} Assim, a PS deve ser avaliada rotineiramente dentro de certos grupos psiquiátricos.⁵

A higiene do sono inadequada é um fator de risco para a PSIR.⁵ No entanto, esta paciente não apresentava problemas significativos, exceto o uso do telefone celular na cama. Contudo, ela afirmou que os episódios eram mais frequentes durante as férias e feriados, quando ela dormia por mais tempo.

Às vezes, a PS tem um significado cultural profundo (atribuição cultural de episódios ao sobrenatural), fazendo com que os pacientes escondam tais eventos.^{2,3,5} No presente caso, os episódios aconteciam pelo menos três anos antes de seu impacto se tornar significativo o suficiente para ela procurar ajuda médica. Os pais podem não perceber a relação entre os problemas de sono e o comportamento durante o dia. Neste caso, a mãe atribuiu os sintomas a uma experiência traumática e não fez qualquer comentário quanto ao distúrbio do sono da filha.

É comum encontrar um padrão familiar,⁵ mas, como no caso do pai e tios da adolescente, alguns pacientes não sentem angústia clinicamente significativa.¹ O tratamento da PSIR inclui evitar a privação de sono e identificar precipitantes. Antidepressivos tricíclicos e inibidores seletivos da recaptção de serotonina podem reduzir a frequência dos episódios pela supressão do sono REM.^{1-3,6,7} Outra opção é a terapia cognitivo-comportamental.¹ Atualmente, as decisões quanto ao tratamento estão prejudicadas por não haver estudos randomizados e controlados sobre a PSIR.

Este é um caso clínico interessante que destaca o impacto dos distúrbios do sono. A literatura sobre o assunto é escassa, e os autores desconhecem casos pediátricos publicados.

Este relato mostra que os médicos devem perguntar aos seus pacientes sobre problemas relacionados ao sono durante a avaliação clínica de rotina por meio de questionários adequados à idade, já que os distúrbios do sono são comuns e podem interferir no desenvolvimento físico, cognitivo, emocional e social.

Financiamento

Este estudo não recebeu financiamento.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

1. Sharpless BA. A clinician's guide to recurrent isolated sleep paralysis. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2016;12:1761-7. <https://doi.org/10.2147/NDT.S100307>
2. Yelisetty V, Bagai K. A case of recurrent sleep paralysis: beyond narcolepsy. *Austin J Clin Neurol*. 2014;1:1015.
3. McCarty D, Chesson AL Jr. A case of sleep paralysis with hypnopompic hallucinations. Recurrent isolated sleep paralysis associated with hypnopompic hallucinations, precipitated by behaviorally induced insufficient sleep syndrome. *J Clin Sleep Med*. 2009;5:83-4.

4. Sharpless BA, McCarthy KS, Chambless DL, Milrod BL, Khalsa S, Barber JP. Isolated sleep paralysis and fearful isolated sleep paralysis in outpatients with panic attacks. *J Clin Psychol*. 2010;66:1292-306. <https://doi.org/10.1002/jclp.20724>
5. Denis D, French CC, Gregory AM. A systematic review of variables associated with sleep paralysis. *Sleep Med Rev*. 2018;38:141-57. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2017.05.005>
6. Solomonova E. Sleep paralysis: phenomenology and treatment. In: Christoff K, Fox K, editors. *The Oxford handbook of spontaneous thought: mind-wandering, creativity, dreaming, and clinical conditions*. Oxford (UK): Oxford University Press; 2018. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780190464745.001.0001>
7. Sawant N, Parkar S, Tambe R. Isolated sleep paralysis. *Indian J Psychiatry*. 2005;47:238-40. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.43064>
8. Solomonova E, Nielsen T, Stenstrom P, Simard V, Frantova E, Donderi D. Sensed presence as a correlate of sleep paralysis distress, social anxiety and waking state social imagery. *Conscious Cogn*. 2008;17:49-63. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2007.04.007>
9. Cheyne JA. Situational factors affecting sleep paralysis and associated hallucinations: position and timing effects. *J Sleep Res*. 2002;11:169-77.
10. Wise MS, Glaze DG. Assessment of sleep disorders in children [Internet]. UpToDate; 2016 [cited on May 21 2018. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/assessment-of-sleep-disorders-in-children>.