



# Uykuda Seks Hastalığı

## Sleep Sex Disease

Hikmet Yılmaz, Ayşin Kısabay Ak

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Manisa, Türkiye

### Öz

Uykuda seks hastalığı, seksomnia, uyku sırasında cinsel içerikli sesler çıkarma, konuşma/bağırma, mastürbasyon, başka bir kişiyi okşama, cinsel ilişki, ajite/saldırgan cinsel davranışlar şeklinde kendini gösteren bir hızlı göz hareketi olmayan (NREM) parasomnisidir. Klinik tabloda; NREM N3 uyku döneminde cinsel içerikli rüyalar görme, sık sık uykuda ereksiyon-boşalmalar yaşama, mastürbasyon yapma, uyku sırasında farkında olmaksızın, partnerinin arzu ya da isteğine bakmaksızın anormal derecede artmış bir arzu ve istekle seksi başlatma, dalgın ve boş bakma, bu birliktelikler sırasında normalde yaptıklarından çok farklı davranış ve fanteziler sergileme, okşama, çığlık atma, inleme, bağırma, orgazm sesleri çıkarma, orgazmlı ya da orgazmsız koitus, küfür etme, partnerine fiziksel veya duygusal şiddet uygulama, hakaret etme şeklinde belirtiler söz konusudur. Henüz tanı kriterlerinin iyi bilinmemesi, uyku tıbbi uzmanları dışındaki hekimlerin öykü alırken bu hastalığa özgü belirtileri sorgulamıyor olması, cinsel belirtiler nedeni ile hastaların ya da partnerlerin belirtileri utanarak paylaşmıyor olmaları bu hastalığın gerçek sıklığını saptamayı zorlaştırmaktadır. Medikolegal boyutu da olan bu parasomninin farkındalığını artırmak tanı ve tedaviyi de kolaylaştıracaktır. **Anahtar Kelimeler:** Uykuda seks hastalığı, hızlı göz hareketi olmayan parasomnisi, konfüzyonel uyanma

### Abstract

Sleep sex disease, or sexomnia, is a non-rapid eye movement (NREM) parasomnia manifesting with making sexual voices, talking/yelling, masturbation, caressing another person, sexual intercourse, or agitated/aggressive sexual actions during the sleep. During the N3 period of NREM sleep these manifestations are observed: seeing sexual dreams, frequently experiencing erection-ejaculation in the sleep, masturbation, starting the sexual activity with abnormally increased desire without caring about desire of the partner during sleep, staring vacantly and absently, exhibiting actions and fantasies during the intercourse that are very different from those of normal, caressing, screaming, groaning, making orgasm voices, coitus with or without orgasm, cursing, physical or emotional violence against their partner, and insulting the partner. The facts that its diagnostic criteria are currently not known well, the physicians other than sleep medicine experts don't query the signs of the condition, and the patients and/or partners don't want to share what they experience because of the sexual nature of the manifestations make detecting the true frequency of this disease very difficult. Enhancing awareness of this parasomnia which also has medicolegal aspects will make the diagnosis and treatment easier.

**Keywords:** Sleep sex disease, non-rapid eye movement parasomnia, confusional awakening

### Giriş

Uyku sırasında cinsel içerikli sesler çıkarma, konuşma/bağırma, mastürbasyon, başka bir kişiyi okşama, cinsel ilişki, ajite/saldırgan cinsel davranışlar şeklinde kendini gösteren bir parasomnidir (1). Uluslararası uyku bozuklukları sınıflandırmasında hızlı göz hareketi olmayan (NREM) parasomnileri başlığı, "konfüzyonel uyanmalar" alt başlığı içinde uyurgezerliğin bir varyantı olarak tanımlanmaktadır (2). "Uykuda seks hastalığı (USH)", "sexomnia", "uyku ile ilişkili anormal seksüel davranışlar", "uyku sırasında ortaya çıkan anormal seksüel davranış" yada "uyku seksi" gibi terminolojilerin de kullanıldığı bu NREM parasomnisi ilk defa 2003 yılında, Shapiro ve ark.'nın (3) "Sexomnia: a new parasomnia?" isimli makalelerinde tanımladıkları bir olgu ile uyku tıbbi literatürüne girmiştir. Olguların büyük bir kısmının özgeçmişlerinde uyurgezerlik

tanımlandığı için bu tablo uyurgezerliğin bir varyantı olarak değerlendirilmiştir. Zaten ilk olgu 1986'da Wong (4) tarafından "uyku sırasında mastürbasyon-uyurgezerliğin bir varyantı" olarak yayınlanmıştır. Henüz tanı kriterlerinin iyi bilinmemesi, uyku tıbbi uzmanları dışındaki hekimlerin öykü alırken bu hastalığa özgü belirtileri sorgulamıyor olması, cinsel belirtiler nedeni ile hastaların ya da partnerlerin belirtileri utanarak paylaşmıyor olmaları bu hastalığın gerçek sıklığını saptamayı zorlaştırmaktadır. Genellikle bir partnerin olaya karışması ve bu durumun onun aracılığıyla aydınlatılması, ayrıca özgül motor, otonomik ve davranışsal elementlerin karmaşık birlikteliğinden oluşması USH'nin parasomni ailesi içinde farklı bir antite olduğunu düşündürmektedir. Adli olaylara da neden olması nedeniyle popüler olan bu konuda güvenilir bilimsel verilere gereksinim vardır. Bu derleme bu konuda katkı sunmak amacı ile ele alınmıştır.

**Yazışma Adresi/Address for Correspondence:** Dr. Hikmet Yılmaz, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Manisa, Türkiye  
E-posta: hikmet.yilmaz@bayar.edu.tr

**Geliş Tarihi/Received:** 12.01.2017 **Kabul Tarihi/Accepted:** 24.01.2017

©Telif Hakkı 2016 Türk Uyku Tıbbi Derneği / Türk Uyku Tıbbi Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından basılmıştır.

NREM derin uyku döneminde cinsel içerikli rüyalar görme, sık sık uykuda ereksiyon-boşalmalar yaşama, mastürbasyon yapma, uyku sırasında farkında olmaksızın, partnerinin arzu yada isteğine bakmaksızın anormal derecede artmış bir arzu ve istekle seksi başlatma, dalgın ve boş bakma, bu birliktelikler sırasında normalde yaptıklarından çok farklı davranış ve fanteziler sergileme, okşama, çılgık atma, inleme, bağırma, orgazm sesleri çıkarma, orgazmli ya da orgazmsız koitus, küfür etme, partnerine fiziksel veya duygusal şiddet uygulama, hakaret etme şeklinde belirtiler söz konusudur (5). Hastalar sabahları şaşkın ve yorgun bir şekilde kalkarlar. Gece uykuda olup bitenleri, yaptıkları hiçbir şeyi hatırlamazlar. Bu tabloları epileptik olguların iktal seksüel davranışlarından ve NREM uykusunda gözlenen basit seksüel otomatizmalardan (kasıklara dokunma vs.) ayırt etmek gerekir (6). USH'nin temel özelliği otonomik aktivasyonla birlikte cinsel uyarılmanın olmasıdır (ereksiyon, vajinal lubrikasyon, ejakülasyon, terleme, kardiyorespiratuvar yanıt vb.). USH olarak görülen birçok davranış olmakla (okşama, cinsel içerikli sesler, cinsel hareketler, cinsel ilişki, oral ve anal seks) birlikte en sık görüleni mastürbasyondur (7). Hastalarda genellikle bu ataklar birden fazla sayıda görülmektedir. Cinsel uyarılma olmadan da USH olabileceği ancak bu durumda tanının atlanabileceği düşünülmektedir. Burada yol gösterici hastanın davranışlarının değerlendirilmesi olmalıdır. Genital bölgeyi içeren bir davranış ağırlıkta olduğunda tanı daha çok USH olarak düşünülmelidir. Bir hastamız yaşadığı olayı; "Akşam pijamamı giyip eşime iyi uykular deyip uyuduğumu hatırlıyorum. Sabahleyin sanki üzerimden tır geçmiş gibi yorgun, sürünerek kalkıyorum. Yatağımızın savaş alanı gibi darma dağınık olduğunu, geceliğimin üstünün bir yerde, altının bir başka yerde fırlatılmış olduğunu görüyorum. Bu duruma bir anlam veremiyorum, oldu ne olup bittiğini hatırlamıyorum" şeklinde tanımlamıştı. Agressif, saldırgan duygu durum ve şiddet içeren davranışlarla birlikte olan durumlarda hasta yatak arkadaşına fiziksel veya duygusal zararlar verebilir. Onu dövebilir, canını acıtabilir, ona hakaret edebilir, onu aşağılayabilir. Ancak bazen de yatak arkadaşı, eşinin bu hastalığından rahatsız olmayabilir. Hatta bu hastalığın neden olduğu davranış değişikliklerinden hoşlanabilir. Bir başka olgumuzda, bu yakınmalarının 3-4 yıldır var olduğunu öğrenince hastamızın eşine "Kocanızın 3-4 yıldır bu hastalığı varmış, bu durum sizi hiç rahatsız etmedi mi?" diye sorduğumuzda "Bir kaç yıldır zaman zaman gecenin bir yarısında birden, hiç konuşmadan, uykumun ortasında beni okşayarak uyandırıyor; hiç konuşmadan, benim söylediklerime de yanıt vermeden donuk bir yüz ifadesiyle, farklı, garip, normal birlikte olduklarımızda hiç yapmadığı bir şekilde benimle birlikte oluyordu. O anlarda eşim değil de yabancı birisiyle birlikteymişim duygusu veriyordu. Bunun eşimin bir fantezisi olduğunu düşünerek bir süre sonra ben de garipsemeden sesimi çıkarmadan direnmeden bu olayın bir parçası oldum. Canımı yakacak, beni üzecek bir şey de yapmadığı için, üstelik fantezi olarak düşündüğüm bu farklı davranışlardan hoşlandığım için bir süre sonra artık garipsemeden eşimle birlikte oluyordum. Bunun bir hastalık olabileceğini aklımın ucundan bile geçmedi." şeklinde tanımlamıştı. Literatür gözden geçirildiğinde dokuz ülkeden (ABD, İspanya, Hollanda, İtalya, Fransa, Türkiye, Avusturalya, Brezilya, İngiltere) 22 makalede bu parasomninin ele alındığını tartışıldığını görüyoruz. Total olarak 63 hastanın bu yayınlarda tartışıldığını, demografik bilgilerin ve yukarıda

tanımlanan klinik bilgilerin bu hastaların semptomlarından yola çıkılarak oluşturulduğunu görüyoruz. Hastaların ataklarını sıklıkla gece NREM N3 uykusunda yaşadıkları, %88,9'unun sabah bu ataklarını hatırlamadıkları dikkat çekmektedir (1).

USH daha çok erkeklerde ve otuz ile kırklı yaşlarda görülür (5). Diğer parasomnilerde olduğu gibi USH'de de psikososyal stresörler, alkol-madde ve ilaç kullanımı (oral kontraseptifler, selektif serotonin gerilim inhibitörleri, antihistaminikleri, amfetamin, kortikosteroidler), yorgunluk, uykusuzluk, psikiyatrik hastalıklar (depresyon, anksiyete bozukluğu, bipolar bozukluk vb.), nörodejeneratif hastalıklar (Alzheimer, Parkinson vb.), komorbid uyku hastalıkları [Obstrüktif uyku apne sendromu, Huzursuz bacak sendromu (HBS) vb.] predispozan faktörlerdir (8). Bir çalışmada USH atağını başlatan en önemli tetikleyici faktörün genç olgularda vücut teması, yaşlı olgularda ise psikososyal stres olduğu bildirilmektedir (7). Guillemainault ve ark. (9) 11 USH olgusunu içeren 4 yıllık takip çalışmasında ortaya çıkan cinsel davranış üçe ayırmışlardır;

- 1) Zararlı olmayan, yatak partnerini taciz eden davranışlar (cinsel vokalizasyonlar, inlemeler),
- 2) Kendisine zararı olabilen, yatak partnerini taciz eden davranışlar (mastürbasyon),
- 3) Yatak partnerine ya da diğerlerine zararlı davranışlar (tecavüz, cinsel ilişki).

Bu parasomninin tanınabilmesi için ayırıcı tanıda akla gelmesi önemlidir. Kendisine ya da başkalarına zarar verici atipik cinsel davranışları olan bir olgu ile karşılaşıldığında; olay detaylı bir şekilde sorgulanmalı ve amnezinin derecesi belirlenmelidir. Olgu ve ailesi mevcut ve geçmiş uyku bozuklukları açısından değerlendirilmelidir. Olgunun alışkanlıkları (uyku azlığı, ilaç kullanımı, alkol alımı vb.), güncel ve geçmiş tıbbi öyküsü, ailesinin geçmiş tıbbi öyküsü, iş yaşamındaki zorlanmaları sorgulanmalıdır. Atipik davranışın sıklığı ve tekrarlayıcı doğasına açıklık getirilmelidir. Seksüel davranışın zamanlaması, sıklığı, ortaya çıkış zamanı, ilişkili travmalar, amnezinin derecesi, olay sonrası uyandıığında olgunun tutumu, eğer varsa önceki uyku bozukluklarındaki tutumu ve USH ile günlük aktiviteler arasındaki ilişki (stres, alkol, uyku azlığı) değerlendirilerek olguya tam bir psikiyatrik ve nörolojik muayene yapılmalıdır. Olguya mümkünse yatak partnerleri ile birlikte video monitörizasyonu uygulanmalı, polisomnografi (PSG) çekilmelidir. Tek gecelik PSG her zaman sonuç vermeyebilir ve tekrarı gerekebilir. Kompleks parsiyel nöbetle ilişkili uykuda cinsel içerikli davranışlar olabileceği için PSG ile birlikte mutlaka en az 18 kanallı elektroensefalografi (EEG) de uygulanmalıdır (10-13). Bu testlerin sonucunda olgularda eğer varsa eşlik eden epileptik bozukluk, uyku ile ilişkili solunum problemi, periyodik ekstremit hareketleri, hızlı göz hareketi (REM) uyku davranış bozuklukları (RBD) ve diğer NREM parasomnialar da saptanabilir (1,5,10-13). Bu tabloya özgü bir tanı kriteri yok ama uyurgezerliğin tanı kriterlerinin yanı sıra; uyku bozukluğu açısından delil olması (PSG'de bozukluk veya uyku uzmanı tarafından bozukluk saptanması), genellikle yarım saatten daha kısa süreli olması, belirgin bir motasyon olmaksızın ani dürtüsel ve bilinçsiz bir şekilde ortaya çıkması, görünüşte amaçlı bir davranışa işaret etse bile olgunun premorbid kişilik özelliklerine uygunsuz bir şekilde ortaya çıkması, uyandıığında olgunun şaşkınlık ve dehşet duyması, olayı örtbas etme yada gizleme çabası göstermemesi, olaya karşı kısmi veya tam bir amnezi olması bu konuda klinisyeni USH

konusunda düşündürmelidir. USH atakları genellikle de uykuya daldıktan yaklaşık bir saat sonra, partnerinin fiziki teması sonrası farkında olmadıkları bir uyanıklık sonrası ortaya çıkar. Ayırıcı tanıda epilepsi, disosiyatif bozukluklar, erken demans tabloları, Kleine Levin sendromu, RBD dışlanmalıdır (1,6).

Tedavide öncelikle uyku hijyeni ele alınmalıdır. Uyku hijyeni konusunda bilgilendirilmeleri, davranış tedavisini içeren psikoterapi görüşmeleri ve ilaç tedavisi ile bu hastalığın tüm belirtileri ortadan kaldırılabilir. Uyku hijyeni konusunda bilgilendirilerek, bu hastalığı tetikleyen stres, uyku yoksunluğu, alkol, uyuşturucu ya da uyarıcı ilaçlar gibi nedenlerden hastanın uzak durması öğretilir. Hastalar aynı zamanda kalkıp yürüyen, dolaşan hastalar ise, kapı ve pencerelerin kilitlenmesi, uykuda düşme ve yaralanma gibi problemleri önleyebilir. Eşlik eden bir başka hastalığı varsa onun da teşhis edilip tedavi edilmesi bu hastalığın tedavisini de kolaylaştırır (1). Örneğin; USH'nin yanı sıra olguda uykuda solunum bozukluğu da var ise bu hastalığının etkin tedavisi; USH'nin de tedavisini kolaylaştırır. İlaç tedavisinde 0,5-2 mg dozlarında klonazepam kullanılması ilk tercihtir (14). Ayrıca diazepam ve lorazepam gibi benzodiyazepin grubu ilaçlar da etkin bir şekilde kullanılmaktadır. Bu olguların yarıya yakınında belirgin psikolojik problemler (anksiyete bozukluğu, somatizasyon bozukluğu, depresyon gibi) söz konusu olabilmektedir. Olguların genellikle tam bir amnezi içinde olması olayı partnerlerinden öğrenmesine neden olmaktadır. Uykuda yaptığı davranışı öğrendiğinde kişi sıklıkla suçluluk, utanç, hüsrana ve şaşkınlık gibi duygular hisseder. Partneri ise kızgınlık, şüphe, korku, reddedilmişlik hissedebilir. Bu duyguları yaşayan bireylerin ilişkileri bozulabilir. Bu nedenle davranışçı psikoterapi de tedavinin bir parçası olmalıdır (1,5,14).

USH; uyku ile ilişkili şiddet davranışına yol açabilen, zarar verici ve atipik cinsel davranışlar nedeniyle adli olaylara neden olabilmektedir. "Uyku-ilişkili şiddet davranışı" terminolojisi ile kişinin uykudayken kendi kendisine veya çevresine zarar verdiği durumlar anlatılmaktadır. Bu durumlarda ceza hukukunun yanıtını aradığı soru, anlama ve isteme yeteneğinin olup olmadığıdır. Çünkü, bir kimsenin işlemiş olduğu bir suçtan dolayı sorumlu tutulabilmesi için anlama ve isteme yeteneğinin sağlam olması gerekir. Anlama ve isteme yeteneğinin ortadan kalktığı durumlarda; verilecek cezanın bu kişiler üzerinde korkutucu, tehdit edici, önleyici ve terbiye edici etkisi olamayacağından bu olgulara ceza hükümleri uygulanamaz. Yani, ceza sorumluluğu için; kişinin bilinçli davranışını ortadan kaldıracak ya da azaltacak bir durumun olup olmadığının araştırılması gerekmektedir. USH yada diğer parasomniler sırasında işlenen suçlara yaklaşım ceza hukukunda net bir şekilde tanımlanmamıştır. Ancak ceza sorumluluğunu etkileyen nedenlerin alt başlıklarında 32 ve 34. maddeler üzerinden yorumlar yapılabilmektedir. Türk Ceza Kanunu (TCK) madde 32/1'de "Akıl hastalığı nedeniyle, işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamayan veya bu fiille ilgili olarak davranışını yönlendirme yeteneği önemli derecede azalmış olan kişiye ceza verilemez. Ancak, bu kişiler hakkında güvenlik tedbirine hükümlenir" denmektedir. Burada söz konusu olan durum, kişinin olay anında bilinç ve eylem özgürlüğünün olmamasıdır. Bu maddenin içeriğinde uyurgezerlik de ceza sorumluluğunu ortadan kaldıran nedenler arasında sayılmakta; ancak uyurgezer olduğunu bildiği halde gerekli tedbirleri almayarak suç işleyenlerin taksir hükümleri çerçevesinde sorumluluklarının bulunduğunu kabul edilmektedir. TCK

burada yazılı olan akıl hastalığını net bir şekilde tanımlamadığı gibi, tam veya kısmi akıl hastalığı kabul edilecek durumları da tek tek belirtmemiştir. Bunun yerine; "bilinç ve hareket serbestisini tamamen kaldıran veya önemli derecede azaltan akıl hastalığı" ifadesi kullanıldığından, bir ruhsal bozukluğun ceza sorumluluğunu kaldırıp kaldırmadığı, kaldırıyorsa tam mı, kısmen mi kaldırdığı konusunun saptanması ilgili uzman hekime bırakılmıştır. Bazı hukukçular uyurgezerlik tablolarının kişinin bilinç ve hareket serbestisini tamamen değil kısmen bozduğunu ileri sürerek bu olguların işlediği suçlar için TCK'nın 32/2. maddesinin uygulanması gerektiğini ileri sürmektedirler (TCK madde 32/2'de "Birinci fıkrada yazılı derecede olmamakla birlikte işlediği fiille ilgili davranışlarını yönlendirme yeteneği azalmış olan kişiye ceza indirimi öngörüldüğü, mahkum olunan cezanın süresi aynı olmak koşuluyla kısmen veya tamamen, akıl hastalarına özgü güvenlik tedbiri olarak uygulanabileceği" belirtilmektedir (1,14-16). Bazı hukukçular ise uyurgezerlik olgularının akıl hastalığı kapsamına ulaşmayan ve fakat suç eylemini işleyen anlama ve isteme yeteneğini geçici nitelikte etkileyen bir patolojik durum olduğunu kabul ederler (17). Bu nedenle bu tür durumların TCK madde 34'teki geçici nedenlere uyduğunu savunmaktadırlar (1). TCK madde 34; geçici nedenler, alkol veya uyuşturucu madde etkisinde olma başlığında yer almaktadır. Bu madde: "1) Geçici nedenle ya da irade dışında alınan alkol veya uyuşturucu madde etkisiyle, işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamayan veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli derecede azalmış olan kişiye ceza verilmez, 2) İradi olarak alınan alkol veya uyuşturucu madde etkisinde işleyen kişi hakkında birinci fıkraya hükmü uygulanmaz." demektedir. Geçici nedenlere örnek olarak hukukçular uyku hali, ateşli hastalık, kitle psikolojisi, hipnotizma, bilmeden alınan ya da zorla içirilen içki sonrası ortaya çıkan tabloları örnek verirler. Uygulamada, alkol ya da uyuşturucu madde kullanımı ve etkisinde işlenen suçlarda sorumsuz tutulma ya da ceza indirimi yoktur. Bu kanun maddesinde kişinin isteği ve bilgisi dışında madde verilmiş olması göz önüne alınmıştır. Ayrıca, alkol ya da uyuşturucu madde kullanan bağımlıların, bağımlılık tablosu ve onun yol açtığı psikozlar veya noktürnal paroksizmal olaylar (NPO) etkisinde suç işlenmiş olması ayrı tutulmuş, bu kişiler hasta kabul edilerek ceza öngörülmemiştir (1,14). NPO'larda; dakikalar ile ifade edilecek kadar kısa stereotipik epizodların bulunması; davranışların genellikle ani, dürtüsel, mantıksız ve kaba olması; bilinç bozukluğu sonlandığında suçluluk duymak, kaçmak, eylemi saklamak ya da kanıtları gizlemek için herhangi bir çabanın gözlenmemesi; ataklar sırasında şaşkınlık gibi, korkmuş gibi davranışların, amaçsız ve duruma uygun olmayan davranışların gözlenmesi; olgunun uyanık durumdaki kişiliğine göre farklı, garip, bizar bir davranış özelliğinin gözlenmesi; şiddete uğrayan yada zarar gören mağdur tesadüfen yakınında olması, olayın daha önceden planlandığına ait bir belirtinin bulunmaması; genellikle olay ile ilişkili amnezinin olması; uyku terörü, uyurgezerlik, uyku sarhoşluğu gibi parasomnilerde alkol alımı, sedatif/hipnotik kullanımı, yada uykusuz kalmak parasomni atağını başlatan sorumlu neden olabilmese; bu olguların PSG incelemelerinde yavaş dalga uykusu sırasında hiper-senkron delta dalgaları, miko ve makro-aurosallarda artış, sıklık alternan patern görülmesi ayırıcı tanıda önemli semiyolojik karakteristiklerdir (1,14,18).

## Sonuç

USH ya da seksomnia N3 uykusunda ortaya çıkan bir NREM parasomnisidir. Cinsel belirtiler nedeni ile hastaların yada partnerlerin belirtileri utanarak paylaşmıyor olmaları, bu parasomni konusunda farkındalığın düşük olması ve tanı kriterlerinin net olmaması psikososyal ve medikolegal bir boyutu da olan bu parasomnide tanıyı zorlaştırmaktadır. Bu tanı düşünüldüğünde; anamnezin detaylandırılması, 18 kanallı EEG ile desteklenmiş tüm gece PSG tetkiki ile parasomninin varlığının ortaya konması gereklidir.

## Etik

**Hakem Değerlendirmesi:** Editörler kurulu tarafından değerlendirilmiştir.

## Yazarlık Katkıları

**Konsept:** Hikmet Yılmaz, **Dizayn:** Hikmet Yılmaz, **Veri Toplama ve/veya İşleme:** Hikmet Yılmaz, **Analiz ve/veya Yorumlama:** Hikmet Yılmaz, **Literatür Arama:** Ayşin Kısabay Ak, **Yazan:** Hikmet Yılmaz.

**Çıkar Çatışması:** Yazarlar tarafından herhangi bir çıkar çatışması belirtilmedi.

**Finansal Destek:** Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

## Kaynaklar

1. Yılmaz H. Uykunun nokturnal paroksizmal olaylarında hukuksal boyut. Türkiye Klinikleri Nöroloji Özel Dergisi 2015;8:64-70.
2. International Classification of Sleep Disorders. Third Edition. American Academy of Sleep Medicine, 2510 North Frontage Road, Darien IL 60561, USA.
3. Shapiro CM, Trajanovic NN, Fedoroff JP. Sexomnia-a new parasomnia? Can J Psychiatry 2003;48:311-17.
4. Wong KE. Masturbation during sleep-a somnambulistic variant? Singapore Med J 1986;27:542-3.
5. Sarısoy G, Özdin S. Seksomnia: bir gözden geçirme. JMOD 2014;4:80-7.
6. Yılmaz H. Epilepsi ve hukuk. Bora I, Yeni N, Gürses C, editörler. Epilepsi. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2008. p. 735-51.
7. Trajanovic NN, Mangan M, Shapiro CM. Sexual behaviour in sleep. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2007;42:1024-31.
8. Schenck CH. Update on sexomnia, sleep related sexual seizures and forensic implications. Neuro Quantology 2015;13:518-41.
9. Guilleminault C, Moscovitch A, Yuen K, Poyares D. Atypical sexual behavior during sleep. Psychosom Med 2002;64:328-36.
10. Tinuper P, Provini F, Bisulli F, Vignatelli L, Plazzi G, Vetrugno R, Montagna P, Lugaresi E. Movement disorders in sleep: guidelines for differentiating epileptic from non-epileptic motor phenomena arising from sleep. Sleep Med Rev 2007;11:255-67.
11. Ingravallo F, Poli F, Gilmore EV, Pizza F, Vignatelli L, Schenck CH, Plazzi G. Sleep-related violence and sexual behavior in sleep: a systematic review of medical-legal case reports. J Clin Sleep Med 2014;10:927-35.
12. Moldofsky H, Gilbert R, Lue FA, MacLean AW. Sleep related violence. Sleep 1995;18:731-9.
13. Yılmaz H. Bilirkişilik Kavramı ve Epilepside Bilirkişilik. Türkiye Klinikleri J Neurol-Special Topics 2008;1:90-7.
14. Yılmaz H. Uyku bozukluklarının toplumsal etkileri ve hukuksal boyutu. In: Kaynak H, Ardiç S, editörler. Uyku fizyolojisi ve hastalıkları. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2011. p. 129-43.
15. Karataş KS, Bilici M. Uyku Bozuklukları ve Hukuk. Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics 2013;6:32-8.
16. Songu SÖ, Yılmaz H, Kazancı BE. Uyku apne sendromunda hukuksal sorunlar. Cingi C, editör. Horlama ve obstrüktif uyku apne sendromu. T.K.B.V. Akademi Toplantıları Mezuniyet Sonrası Eğitim Kitapçıkları Serisi. Eskişehir: Deomed Medikal Yayıncılık; 2010. p. 417-33.
17. Şensoy N. Ceza hukuku bakımından akıl hastalığı. İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Mecmuası 2011;12:463-508.
18. Delgado-Rodrigues RN, Allen AN, Santos LG, Schenck CH. Sleep Forensics: a critical review of the literature and brief comments on the Brazilian legal situation. Arq Neuropsiquiatr 2014;72:164-9.