



Rekurentní izolovaná spánková obrna

MUDr. Jitka Bušková, Ph.D., Mgr. Monika Kliková

Oddělení spánkové medicíny, Národní ústav duševního zdraví, Klecany
3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha

Izolovaná spánková obrna se vyskytuje až u 7,6 % obecné populace, což jí řadí k častým spánkovým obtížím. Jako rekurentní izolovanou spánkovou obrnu (RISP) označujeme REM (rapid eye movement) vázanou parasomnii, která se opakovaně objevuje během přechodu spánku a bdění, tj. v průběhu usínání nebo probouzení. Jedná se o přechodnou ztrátu řeči a volní hybnosti postihující končetinové a trupové svalstvo, která bývá zejména zpočátku provázena intenzivním strachem. Tento tíživý prožitek může být umocněn současně přítomnými děsivými snovými představami, tzv. hypnagogickými/hypnopompickými halucinacemi. Patofyziologickým podkladem spánkové obrny je přetrvávání svalové atonie REM spánku do plné bdělosti. Současná spánková medicína nabízí psychoterapeutické i farmakologické možnosti léčby.

Klíčová slova: spánková obrna, hypnagogické halucinace, REM spánek, terapie.

Recurrent isolated sleep paralysis

Isolated sleep paralysis occurs in up to 7,6 % of general population, which makes it to be a common sleep disorder. Recurrent isolated sleep paralysis (RISP) means REM (rapid eye movement) related parasomnia, which occurs recurrently during the transition between sleep and wake that means during falling asleep or awakening. It is a transient loss of speech and voluntary movement that affects limbs and trunk muscles, which is especially at the beginning of the accompanied by an intensive fear. This burdensome experience can be elevated by accompanying fearful dreamy delusions, so called hypnagogic/hypnopompic hallucinations. Pathophysiological background of sleep paralysis is the continu-

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA: MUDr. Jitka Bušková, jitka.buskova@nudz.cz
Oddělení spánkové medicíny, Národní ústav duševního zdraví,
3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha, Topolová 748, 250 67 Klecany

Převzato z: Neurol. praxi 2019; 20(1): 54–56
Článek přijat redakcí: 1. 2. 2018
Článek přijat k publikaci: 28. 2. 2018



ing muscle atonia of REM sleep that persists until the full awakening. Current sleep medicine offers psychoterapeutic as well as farmacological treatment options.

Key words: sleep paralysis, hypnagogic hallucinations, REM sleep, treatment.

Definice

Spánková obrna (SP) znamená přechodnou, téměř kompletní poruchu volní hybnosti a fonace, která je vázaná na přechod spánku a bdění. Dostavuje se nejčastěji při ranním vstávání, ale může být přítomna při večerním usínání, během nočních probouzení i během denního spánku (Cheyne et al., 1999). Zpravidla bývá spojena s nemožností pohybu hlavy, trupového svalstva a všech končetin, okulomotorika zůstává intaktní. Vědomí je plně zachováno, stejně jako respirace, ačkoliv dech může být nepravidelný. Postižený často udává intenzivní tlak nebo tíhu na hrudi až pocit dušení (Cheyne, 2010).

O izolované spánkové obrně hovoříme v případě, že SP není projevem jiného onemocnění, zejména narkolepsie. Rekurentní izolovanou spánkovou obrnu (RISP) definuje Mezinárodní klasifikace poruch spánku (ICSD-3) jako opakované epizody izolované spánkové obrny, které jsou asociovány s klinicky významným distresem (úzkostí a/nebo strachem z ulehnutí nebo spánku). Tato klinická významnost není blíže specifikována, stejně jako není stanovena minimální frekvence epizod. Pro klinickou praxi je však míra distresu a četnost epizod zásadní. Vycházíme proto z prací profesora Sharplesse (Sharpless et al., 2010), který definuje RISP jako klinicky významnou v případě, že došlo během posledních šesti měsíců k minimálně dvěma epizodám provázeným úzkostí nebo strachem. Úzkost a strach provázející usínání a spánek může na základě této definice zahrnovat: 1) mylná přesvědčení („trpím duševní poruchou“, „obrna jednoho dne neodezní a zůstanu ochrnutý“)

(Ramsawh et al., 2008); 2) vyhýbavé chování (porucha usínání, oddalování spánku, konzumace alkoholu k rychlému navození spánku, změny uspořádání ložnice) (Alvaro, 2005); 3) další negativní konsekvence (pocity studu, rozpaky, denní únava).

Klinické projevy

Epizody spánkové obrny trvají obvykle krátce, od několika sekund do 20 min., s průměrnou délkou trvání cca 6 min. (Hinton et al., 2005). SP končí spontánně nebo může být přerušena senzorickým stimulem (např. dotykem, oslovením nebo hlasitým akustickým podnětem). Zejména první epizody spánkové obrny bývají provázeny intenzivní úzkostí a strachem z usínání/spánku. Tento strach bývá často umocněn tzv. hypnagogickými/hypnopompickými halucinacemi, tj. velmi intenzivními, často multisenzorickými doprovodnými snovými představami, které bývají ve většině případů vnímány jako děsivé a ohrožující. Hypnagogické/hypnopompické halucinace během epizod spánkové obrny zažívá cca 25–75 % osob. Mohou mít charakter zrakových představ či sluchových, taktilních nebo vestibulárních vjemů (např. iluze pohybu okolí i vlastního těla, levitace, pozorování sebe sama zvnějšku). Častý je pocit přítomnosti cizí osoby v ložnici.

Kombinace kompletní poruchy volní hybnosti, nemožnosti používat hlasivky a děsivých snových představ dělá z epizod spánkové obrny velmi dramatický, nepříjemný zážitek a může být příčinou rozvoje chronické insomnie.



Prevalence

Spánková obrna se nejčastěji objevuje ve věku 14–17 let, s maximem výskytu ve 2. a 3. dekádě, ale je popsán časnější začátek i pozdní výskyt. Hong Kongská populační studie udává dva vrcholy výskytu SP, v adolescenci a po 60. roce věku (Wing et al., 1999). 7,6 % obecné populace zažilo alespoň jednu epizodu spánkové obrny v životě (Sharpless et Barber, 2011). Vyšší životní prevalence byla zjištěna u psychiatrických pacientů (31,9 %) a u studentů (28,3 %) (naše zkušenost z výuky a neformálních setkání se studenty ukazuje, že až 25–30 % auditoria zažilo spánkovou obrnu alespoň jedenkrát v životě). Ženy zažívají spánkovou obrnu mírně častěji než muži (Lišková et al., 2016). Kromě sporadických případů jsou popsány i rodinné formy RISP (Roth et al., 1968) s výskytem SP ve třech až čtyřech generacích s pravděpodobným maternálním typem dědičnosti.

Predisponující a precipitační faktory

Spánková deprivace a nepravidelný režim spánku a bdění jsou nejvýznamnějšími predisponujícími faktory spánkové obrny. SP se často vyskytuje u osob pracujících ve směnném provozu, dále při nedodržování pravidel spánkové hygieny včetně nadužívání alkoholu a kouření (Kotorii et al., 2001; Takeuchi et al., 2002; Shengli et al., 2011). Psychický stres byl rovněž některými autory popsán jako predisponující faktor SP (Bell et al., 1986). Spánková obrna se významně častěji objevuje v poloze na zádech (Cheyne, 2002).

Ačkoliv RISP je obecně asociována s psychiatrickými onemocněními (Sharpless et al., 2010), nejčastěji se vyskytuje v souvislosti s prožitými traumatickými událostmi a posttraumatickou stresovou poruchou (PTSD) (Ohayon et Shapiro, 2000; Sharpless et al., 2010; Young et al., 2013). S vy-

sokou frekvencí epizod spánkové obrny se rovněž setkáváme u pacientů s úzkostnou poruchou (generalizovaná úzkostná porucha, panická porucha, sociální fobie) (Arikawa et al., 1999; Yeung et al., 2005; Simard et Nielsen, 2005; Otto et al., 2006). Kauzální souvislosti však nejsou dosud známy. Osobnostní charakteristiky pravděpodobně nehrají hlavní roli při výskytu spánkové obrny, nicméně vyšší výskyt SP je popsán v souvislosti s vyšším stupněm psychické a somatoformní disociace (McNelly et Clancy, 2005), s vyšší schopností imaginace (Spanos et al., 1995) a s akceptací parapsychologických jevů (Ramshaw et al., 2008).

Patofyziologie

Přesná příčina vzniku spánkové obrny není dosud známá. Spánková obrna nastává v důsledku přetrvávání svalové atonie, která je charakteristickým projevem REM spánku, do stavu bdělosti a je typickým příkladem tzv. disociace REM spánku, při které určité charakteristiky tohoto spánkového stadia perzistují při plné bdělosti. Pocit tíhy na hrudi je zřejmě dán paralýzou interkostálních svalů během REM spánku při nezměněné funkci bránice. Polysomnografické studie dokládají, že osoby s menší tolerancí k narušení spánku jsou náchylnější k výskytu spánkové obrny (Walther et Schulz, 2004).

Diagnostika

Diagnostika RISP je založena na strukturovaném pohovoru a/nebo dotaznících. Polysomnografické vyšetření ve spánkové laboratoři provádíme pouze při suspekci na narkolepsii (spolu s testem mnohočetné latence usnutí) a při netypických projevech SP. Není popsán charakteristický polysomnografický nálezn, který by byl přítomen mimo zachycené



SP epizody, ačkoliv noční spánek může vykazovat prodlouženou latenci usnutí a obecně vyšší fragmentaci spánku (Walther et Schulz, 2004). Výskyt hypnagogických/hypnopompických halucinací není podmínkou stanovení diagnózy RIS. Spánkovou obrnu je nezbytné posuzovat v kontextu možného psychiatrického onemocnění (First et al., 2014).

Diferenciální diagnostika

V rámci diferenciální diagnostiky je potřeba především vyloučit, že spánková obrna není součástí tzv. narkoleptické tetrády (imperativní spavost, kataplexie, spánková obrna a hypnagogické halucinace) a tedy příznakem narkolepsie. Kataplexie může představovat podobnou generalizovanou poruchu volní hybnosti, ale objevuje se při bdělosti a převážně v reakci na emoční podnět. Atonické epileptické záchvaty se objevují rovněž během bdělosti, zpravidla ale jako součást závažných epileptických syndromů (např. Lennox-Gastaut) a nejsou jejich jediným klinickým projevem, resp. jediným druhem záchvatů. Noční panické ataky bývají náhlé a děsivé, zatímco strach u SP je často sekundární k poruše volní hybnosti a halucinacím, nejsou provázené pocitem ochrnutí ani snovými představami. Halucinace při SP jsou na rozdíl od psychotických poruch striktně vázané na přechod spánku a bdění. Je ale rovněž nutné upozornit na to, že psychotická resp. přímo halucinatorní zkušenost je v obecné populaci poměrně běžná (McGrath et al., 2015).

Léčba

Na prvním místě stojíme před rozhodnutím, zda má být léčba zahájena. V naprosté většině případů plně postačí vysvětlení benigní povahy uvedených stavů a nejsou potřeba žádné diagnostické intervence. Řada

pacientů nevykazuje klinicky významnou míru stresu a/nebo narušení kvality života v důsledku epizod spánkové obrny.

Psychoterapeutická léčba

Psychoedukace a spánková hygiena

Samotné ujištění o benigní povaze stavů má pozitivní klinický efekt. Vzhledem k tomu, že nejčastější příčinou spánkové obrny je nekvalitní a/nebo fragmentovaný noční spánek, jednoduchá změna spánkových návyků může mít značný preventivní význam (uléhání a vstávání v pravidelnou dobu, dostatečná délka spánku, omezení konzumace alkoholu a kouření) (Edinger et Carney, 2008). Často se setkáváme s tím, že osoba se spánkovou obrnou zvyšuje konzumaci alkoholu ve snaze rychleji navodit spánek a zabránit tak nástupu spánkové obrny, nejedná se však o úspěšnou strategii, tato samoléčba naopak četnost SP epizod zvyšuje. Mezi další doporučení patří vyvarovat se polohy na zádech, neboť v této poloze se spánková obrna objevuje nejčastěji.

V některých případech je postižený schopen signalizovat partnerovi, že se nachází ve stavu obrny. Jsou zachovány pohyby očí, v některých případech akrální pohyby rukou nebo vokalizace (neartikulované zvuky, mručení). Partneři se naučí tyto signály rozpoznat a dotykem nebo hlasitým oslovením mohou pomoci epizodu spánkové obrny ukončit.

Léčba insomnie

Pokud pacient současně trpí chronickou insomnií, je na místě specifická kognitivně-behaviorální terapie této spánkové komorbiditě (Perlis et al., 2005).



Kognitivně-behaviorální terapie RISP

V roce 2016 byl publikován první komplexní manuál pro léčbu RISP pod názvem „Kognitivně behaviorální terapie izolované spánkové obrny“. Jedná se o krátkodobou psychoterapeutickou léčbu (obvykle pět sezení), která je zaměřena jednak na léčbu insomnie rozvíjející se v důsledku spánkové obrny, a jednak na nácvik předcházení a přerušování probíhajících epizod spánkové obrny (Sharpless et Grom, 2016). Tato KBT léčba zahrnuje pravidla spánkové hygieny, relaxační techniky, psychoterapeutické postupy včetně imaginativních metod k přerušení epizod, přístupy pro zacházení s halucinacemi a práci s katastrofickými myšlenkami. V témže roce byl publikován alternativní psychoterapeutický přístup, který klade větší důraz na využití meditace a relaxačních technik v léčbě RISP (Jalal, 2016). V České republice v současné době nabízí KBT spánkové obrny např. Oddělení spánkové medicíny NÚDZ, Klecany.

LITERATURA

1. Alvaro L. Hallucinations and pathological visual perceptions in Maupassant's fantastical short stories – a neurological approach. *J Hist Neurosci* 2005; 14: 100–115.
2. Arikawa H, Templer DI, Brown R, Cannon WG, Thomas-Dodson S. The structure and correlates of Kanshibari. *J Psychol* 1999; 133(4): 369–375.
3. Bell CC, Dixie-Bell DD, Thompson B. Further studies on the prevalence of isolated sleep paralysis in black subjects. *J Natl Med Assoc* 1986; 78(7): 649–659.
4. Duan J, Huang W, Zhou M, Li X, Cai W. Case report of adjunctive use of olanzapine with an antidepressant to treat sleep paralysis. *Shanghai Arch Psychiatry* 2013; 25: 322–324.
5. Edinger JD, Carney CE. Overcoming insomnia: a cognitive-behavioral therapy approach. New York: Oxford University Press; 2008.
6. First MB, Williams JBW, Karg RS, Spitzer RL. Structured clinical interview for DSM-5 disorders: patient edition. New York: Biometrics Research Department; 2014.
7. Hinton DE, Pich V, Chhean D, Pollack MH. The ghost pushes you down: sleep paralysis-type panic attacks in a Khmer refugee population. *Transcult Psychiatry* 2005; 42(1): 46–77.

Farmakologická léčba

Stejně jako při zahajování psychoterapeutické léčby, bereme při nasazování léků v úvahu závažnost RISP, navíc nežádoucí účinky léků, včetně ně sedace a jejich cenu. V léčbě spánkové obrny se nejčastěji uplatňují tricyklická antidepresiva a inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI), jejichž účinek je zřejmě dán potlačením REM spánku a jejich efekt je často pouze parciální. Z tricyklických antidepresiv se nejčastěji používají clomipramin (25–50 mg/d) a imipramin (25–150 mg/d), které snižují počet epizod spánkové obrny (Sharpless, 2016). Ze skupiny SSRI (inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu) především fluoxetin (40–80 mg/d) (Koran a Raghavan, 1993). Ústup epizod SP byl popsán u olanzapinu (2,5 mg na noc) (Duan et al., 2013). Pozitivní efekt na spánkovou obrnu má rovněž oxybát sodný (Xyrem), který v dávce 3–9 g může vést k redukci spánkové obrny u pacientů s narkolepsií (U.S. Xyrem multicentric study group, 2002).

8. Cheyne JA, Newby-Clark IR, Rueffer SD. Relations among hypnagogic and hypnopompic experiences associated with sleep paralysis. *J Sleep Res* 1999; 8(4): 313–317.
9. Cheyne JA. Recurrent isolated sleep paralysis, in the parasomnias and other sleep related movement disorders. Ed. MJ Thorpy and G Plazzi. Published by Cambridge University Press, 2010: 142–152.
10. International Classification of Sleep Disorders, American Academy of Sleep Medicine, 3rd edition, Darien 2014.
11. Jalal B. How to make the ghosts in my bedroom disappear? Focused attention meditation combined with muscle relaxation (MR therapy) – a direct treatment intervention for sleep paralysis. *Front Psychol* 2016; 7: 28.
12. Koran LM, Raghavan S. Fluoxetine for isolated sleep paralysis. *Psychosomatics* 1993; 34(2): 184–187.
13. Kotorii T, Kotorii T, Uchimura N, Hashizume Y, Shirakawa S, Satomura T, Tanaka J, Nakazawa Y, Maeda H. Questionnaire relating to sleep paralysis. *Psychiatry Clin Neurosci* 2001; 55(3): 265–266.



14. Lišková M, Janečková D, Klůzová Kráčmarová L, Mladá K, Bušková J. The occurrence and predictive factors of sleep paralysis in university students. *Neuropsych Dis Treat* 2016; 12: 2957–2962.
15. McNally RJ, Clancy SA. Sleep paralysis, sexual abuse, and space alien abduction. *Transcult Psychiatry* 2005; 42(1): 113–122.
16. McGrath JJ, Saha S, Al-Hamzawi A, Alonso J, Bromet EJ, Bruffaerts R, Cadas-deAlmeida P, Chiu WT, de Jonge P, Fayyad J, Florescu S, Gureje O, Haro JM, Hu C, Kovess-Masfety V, Lepine JP, Lim CC, Mora ME, Navarro-Mateu F, Ochoa S, Sampson N, Scott K, Viana MC, Kessler C. Psychotic experiences in the general population: a cross-national analysis based on 31,261 respondents from 18 countries. *JAMA Psychiatry* 2015; 72(7): 697–705.
17. Ohayon MM, Shapiro CM. Sleep disturbances and psychiatric disorders associated with posttraumatic stress disorder in the general population. *Compr Psychiatry* 2000; 41(6): 469–478.
18. Otto MW, Simon NM, Powers M, Hinton D, Zalta AK, Pollack MH. Rates of isolated sleep paralysis in outpatients with anxiety disorders. *J Anxiety Disord* 2006; 20(5): 687–693.
19. Perlis ML, Jungquist C, Smith MT, Posner D. Cognitive behavioral treatment of insomnia a session-by-session guide. New York, NY: Springer Science + Business Media, LLC; 2005.
20. Ramsawh HJ, Raffa SD, White KS, Barlow DH. Risk factors for isolated sleep paralysis in an African American sample: a preliminary study. *Behav Ther* 2008; 39(4): 386–397.
21. Roth B, Bruhova S, Berkova L. Familial sleep paralysis. *Schweiz Arch Neurol Neurochir Psychiatr* 1968; 102: 321–330.
22. Sharpless BA, Barber JP. Lifetime prevalence rates of sleep paralysis: a systematic review. *Sleep Med Rev* 2011; 15(5): 311–315.
23. Sharpless BA, McCarthy KS, Chambless DL, Milrod BL, Khalsa SR, Barber JP. Isolated sleep paralysis and fearful isolated sleep paralysis in outpatients with panic attacks. *J Clin Psychol* 2010; 66(12): 1292–1306.
24. Sharpless BA, Grom JL. Isolated sleep paralysis: fear, prevention, and disruption. *Behav Sleep Med* 2016; 14(2): 134–139.
25. Sharpless BA. A clinician's guide to recurrent isolated sleep paralysis. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2016; 12: 1761–67.
26. Shengli M, Wu T, Pi G. Sleep paralysis in Chinese adolescents: a representative survey. *Sleep Biol Rhythms* 2014; 12: 46–52.
27. Simard V, Nielsen TA. Sleep paralysis-associated sensed presence as a possible manifestation of social anxiety. *Dreaming* 2005; 15(4): 245–260.
28. Spanos NP, McNulty SA, DuBreuil SC, Pires M. The frequency and correlates of sleep paralysis in a university sample. *J Res Pers* 1995; 29(3): 285–305.
29. Takeuchi T, Fukuda K, Sasaki Y, Inugami M, Murphy TI. Factors related to the occurrence of isolated sleep paralysis elicited during a multi-phasic sleep-wake schedule. *Sleep* 2002; 25(1): 89–96.
30. The U.S. Xyrem Multicenter Study Group. A randomized, double blind, placebo-controlled multicenter trial comparing the effects of three doses of orally administered sodium oxybate with placebo for the treatment of narcolepsy. *Sleep* 2002; 25(1): 42–49.
31. Walter BW, Schulz H. Recurrent isolated sleep paralysis: polysomnographic and clinical findings. *Somnologie-Schlafforschung und Schlafmedizin* 2004; 8: 53–60.
32. Wing YK, Chiu H, Leung T, Ng J. Sleep paralysis in the elderly. *J Sleep Res* 1999; 8: 151–155.
33. Yeung A, Xu Y, Chang DF. Prevalence and illness beliefs of sleep paralysis among Chinese psychiatric patients in China and the United States. *Transcult Psychiatry* 2005; 42(1): 135–143.
34. Young E, Xiong S, Finn L, Young T. Unique sleep disorders profile of a population-based sample of 747 Hmong immigrants in Wisconsin. *Soc Sci Med* 2013; 79: 57–65.