

Parasomnie – prehľad pre klinickú prax

MUDr. Lucia Račanská

Psychiatrická nemocnice Kosmonosy

Parasomnie sú poruchy spánku, z nich niektoré majú väzbu na určité spánkové štádium. NREM (non-rapid eye movement) parasomnie – tiež nazývané ako poruchy prebúdzania z NREM spánku – sú somnambulizmus, pavor nocturnus, prebúdzanie so zmätenosťou. Poväčšine majú benigný charakter, najväčším nebezpečenstvom je možnosť vzniku traumy následkom epizódy parasomnie. Najčastejšie vznikajú v detstve a so vzrastajúcim vekom zanikajú. Ak vzniknú v dospelosti, môže to byť na podklade psychopatológie, asociované sú s úzkostne-depresívnou symptomatikou alebo abúsom návykových látok či alkoholu. K REM (rapid eye movement) parasomniám patria nočné mory, rekurentná izolovaná spánková paralýza a porucha chovania v REM spánku. Občasné nočné mory sa vyskytujú vo väčšine detskej populácie, pri vysokej frekvencii epizód s ťažko dysforickými snami, môžeme hovoriť o poruche s nočnými morami. V dospelosti je táto porucha asociovaná s komorbidnou psychopatológiou, najmä posttraumatickou stresovou poruchou. Porucha chovania v REM spánku má vysokú koreláciu so synukleinopatiami, môže sa objaviť ako prvý príznak neurodegeneratívneho ochorenia, niekedy až roky pred prvými typickými symptómami daného ochorenia.

Kľúčové slová: parasomnia, somnambulizmus, prebúdzanie so zmätenosťou, pavor nocturnus, porucha chovania v REM spánku, nočné mory.

Parasomnias – overview for clinical use

Parasomnias are sleep disorders, some of which are connected to specific sleep phases. Among NREM (non-rapid eye movement) parasomnias belong somnambulism or sleep walking, pavor nocturnus or sleep terrors, confusional arousal. Most of the time they are benign, the biggest danger is occurrence of injuries as a consequence of episode of parasomnia. The onset is most common in childhood and they disappear with age. The onset in adulthood can be due to psychopathology, based on research there is association with anxiety and depressive disorders or with alcoholism or substance abuse. Among REM (rapid eye movement) parasomnias belong nightmare disorder, recurrent isolated sleep paralysis and REM sleep behavior disorder (RBD). Occasional nightmares occur in most of children, if the frequency of the episodes is too high and the dreams are quite distressing, we can talk about nightmare disorder. In adulthood it's associated with comorbid psychopathology, most commonly post-traumatic stress disorder. REM sleep behavior disorder has high correlation with synucleinopathies. It can be one of the first symptoms of neurodegenerative disease, sometimes years before disease-specific symptoms appear.

Key words: parasomnia, somnambulism, confusional arousals, sleep terrors, REM sleep behavior disorder, nightmare disorder.

Úvod

Slovo parasomnia pochádza z gréckeho para – pri, somnia – spánok. Parasomnie sú definované podľa ICSD-3 (1) ako nežiaduce udalosti alebo zážitky, ktoré sa stanú behom zaspávania, počas spánku alebo zobúdzania. Objavujú sa epizodicky počas spánku, môžu byť asociované so špecifickými

mi spánkovými fázami. Podľa tohto sa rozdeľujú na NREM, REM parasomnie a parasomnie bez väzby na spánkové štádium – iné parasomnie. K NREM parasomniám patrí prebúdzanie so zmätenosťou, somnambulizmus – námesačnosť, pavor nocturnus – nočné desy, porucha príjmu potravy viazaná na spánok. Majú benigný charakter, ale v určitých

prípadoch môže dochádzať aj k závažným úrazom v súvislosti s konaním pacienta počas nočnej epizódy. K REM parasomniám patrí porucha chovania v REM spánku (RBD), ktorá sa môže objavovať ako prvý príznak neurodegeneratívneho ochorenia, rekurentná izolovaná spánková paralýza a porucha s nočnými morami, ktorá je v dospelosti asoci-

Tab. 1. Parasomnie – klasifikácia

Parasomnie		
NREM parasomnie	REM parasomnie	Iné parasomnie
somnambulizmus	RBD (porucha chovania v REM spánku)	syndróm explodujúcej hlavy
pavor nocturnus	nočné mory	halucinácie súvisiace so spánkom
prebúdzanie so zmätenosťou	rekurentná izolovaná spánková paralýza	spánková enuréza
porucha príjmu potravy viazaná na spánok		

ovaná s postraumatickou stresovou poruchou. K iným parasomniám patrí syndróm explodujúcej hlavy, halucinácie súvisiace so spánkom a spánková enuréza (2).

Poruchy prebúdzania z NREM spánku – NREM parasomnie

Epidemiológia

NREM parasomnie sú bežným fenoménom v pediatrickej populácii, niektoré štúdie nasvedčujú, že incidencia môže dosahovať až 39,8 % u detí medzi 2,5 a 6 rokom života s najväčšou frekvenciou epizód medzi 2,5 až 4 rokom života (3). Incidencia s vekom klesá a ustáli sa na 2 % po 35. roku života (4).

Patofyziológia

K NREM parasomniám dochádza pri neúplnej disociácii NREM spánku a bdlosti. Poznáme tri potenciálne faktory, ktoré sa na tom podieľajú – narušenie prirodzeného mechanizmu zobúdzania sa pri hlbšom spánku, dlhšie zotrúvanie v spánku a fragmentácia spánku pri opakovaných kortikálnych arousals. Porucha zobúdzania sa a predĺženie zotrúvania v spánku vyúsťia v nechopnosť mozgu úplne prejsť do bdlosti (5). Výskumy naznačujú, že dochádza ku koexistencii aktivovaných (bdelych) – motorický kortex a cingulum – a inaktivovaných (spiacich) – hippocampus a frontálny kortex – častí mozgu počas spánku u pacientov s NREM parasomniami (6, 7, 8). Ďalšie mechanizmy, ktoré prispievajú k tejto patológii, sú aktivácia lokomotorických centier centrálnych generátorov, genetická predispozícia (9–10) (až u 80 % pacientov so somnambulizmom sa podobné potiaže nachádzajú aspoň u jedného člena rodiny) a v dospelosti psychiatrická komorbidita (11). Existujú hypotézy, že narušenie serotonínového systému má určitý podiel na vzniku NREM parasomnií, nasvedčujú tomu určité faktory – NREM parasomnie sú až 4x častejšie u pacientov s poruchou metabolizmu

serotonínu, čo sú pacienti trpiaci migrénami alebo s diagnózou Tourettovho syndrómu (12) a u niektorých pacientov je úspešná liečba parasomnie látkami špecificky targetujúcimi serotonín ako SSRI (selektívne inhibítory spätného vychytávania serotonínu) a SNRI (inhibítory spätného vychytávania serotonínu a noradrenalinu) alebo hydroxytriptofán (14). Zvýšená teplota, spánková deprivácia, spánková apnoe, distenzia močového mechúra, hluk, stres, spánok v cudzom prostredí, vonkajšie stimuly ako hluk, stres, nadužívanie alkoholu a iných návykových látok, hyperthyreóza a niektoré lieky ako neuroleptiká, hypnotiká III. generácie, stimulancia, antihistaminiká alebo tricyklické antidepresíva môžu viesť k zmnoženiu delta spánku NREM 3 fáza – a jeho nestabilita alebo zvýšeniu prahu prebúdzania, takže môžu fungovať ako spúšťače epizódy parasomnie (15–17, 20). Takisto iné poruchy spánku ako obštrukčná spánková apnoe, syndróm nepokojných nôh a porucha spánku s periodickými pohybmi končatín môžu byť vyvolávajúcim faktorom NREM parasomnií (12).

Klinická manifestácia

Čo je pre všetky NREM parasomnie totožné, je, že sa objavujú v prvej tretine noci, v NREM 3 fáze spánku. Pacienti majú na epizódy úplnú alebo čiastočnú amnéziu ale, pacienti si hlavne v dospelosti môžu aj pamätať útržky snových zážitkov (12).

Príznaky NREM parasomnie sa líšia podľa jednotlivých typov, tie sa môžu u jedného pacienta vyskytovať buď súčasne, alebo v závislosti na veku sa môžu objavovať postupne a iné zanikať. Jednotlivé typy NREM parasomnií sú iba rôzne manifestácie jednej poruchy a to je porucha prebúdzania z NREM spánku. Jedná sa o stav medzi spánkom a bdlosťou kedy, aj napriek otvoreným očiam, pacient nemusí reagovať na oslovenie alebo na vyzvanie, je dezorientovaný, dochádza k spomaleniu reči a mentálnych procesov, môžu sa vyskytnúť antegrádne alebo

retrográdne poruchy pamäti a nevhodné správanie, niekedy aj agresivita (2, 12).

Prebúdzanie so zmätenosťou

Je definované ako mentálna alebo behaviorálna zmätenosť vzápätí po nedokonalom prebudení sa najčastejšie z NREM 3 fázy spánku v prvej polovici noci (často v prvých 2 hodinách po zaspatí). Pacient sa posadí na lôžku, rozhliada sa, môže sa objaviť rečový prejav. Nedochádza k opusteniu lôžka, čím sa prebúdzanie so zmätenosťou líši od námesačnosti. Stav môže trvať až 40–60 min, poväčšine sa jedná iba o jednu epizódu za noc. Ochorenie začína obvykle pred 5 rokom života (2, 13). Americká prevalenčná štúdia odhalila až v 37, 4 % dospelých pacientov psychiatrickú komorbiditu. Najčastejšie sa jednalo o bipolárnu poruchu a panické ataky, ale aj depresívnu poruchu alebo generalizovanú úzkostnú poruchu (18). U detí nebola zatiaľ potvrdená žiadna asociácia s psychiatrickým ochorením.

Somnambulizmus

Inak nazývaný tiež námesačnosť, je charakterizovaný komplexným správaním iniciovaný pri nedokonalom zobudení sa z NREM-3 fázy spánku a vyúsťuje v opustenie postele v alterovanom stave vedomia. Somnambulizmus sa manifestuje buď jednoduchými činnosťami ako chodenie po byte, alebo komplexným správaním – reorganizovanie nábytku, varenie, jedenie, opustenie bydliska, riadenie motorového vozidla. Často je súčasťou vokalizácia – výkriky, nezrozumiteľné blabotanie – alebo aj zrozumiteľná reč. Pri nedostatočne zabezpečenej domácnosti môže dochádzať k úrazom – napr. pádom zo schodov alebo okna. Agresivita typická nie je, ale môže sa vyskytnúť. Počas epizód pacient nereaguje na oslovenie alebo reaguje iba obmedzene. Priemerná doba trvania epizódy je 10 min, pacient sa sám vráti do postele, alebo môže byť epizóda zakončená močením, čo viedlo k teórii, že naplnenie močového mechúra môže prispievať k epizodám somnambulizmu. Začiatok je medzi 4. až 8. rokom života, epizódy kulminujú okolo 12 roka života a postupne dochádza k vymiznutiu symptómov počas adolescence, ale môžu pretrvávajúť do dospelosti až v 25 % prípadov (2, 13). Prevalencia v dospelosti je 2–4 % (19). U psychiatrických pacientov je prevalencia vyššia, dosahuje asi 9 % (20), poruchy, u ktorých

sa vyskytuje najčastejšie sú abusus alkoholu, depresívna porucha a obsesívne-kompulzívna porucha (21). Vysoký podiel má genetika – pravdepodobnosť vzniku ochorenia ak jeden z rodičov bol diagnostikovaný je 45 %, ak obaja pravdepodobnosť stúpa na 60 % (22).

Pavor nocturnus

Epizóda nočného desu začína náhle krikom alebo plačom, pacient sa môže posadiť na posteľ, byť agitovaný, zmietaný sa, byť zmätený, so zdeseným výrazom. Na rozdiel od predchádzajúcich dvoch klinických jednotiek dochádza k výraznej aktivácii autonómneho nervového systému – somatické prejavy sú tachykardia, tachypnoe, mydriáza, tras, potenie, zvýšený svalový tonus. Priemerná doba trvania je 6 min, ale epizóda môže trvať v rozmedzí od 30 s do 30 min (2, 13).

Nočné desy sa často vyskytujú súčasne s psychiatrickými diagnózami, najmä s posttraumatickou stresovou poruchou (PTSD) (21).

Pri diagnostike je nutné nočné desy odlišiť od nočných panických aták, pri ktorých takisto dochádza k aktivácii autonómneho nervového systému, ale na rozdiel od nočných desov, nedochádza k amnézii na epizódu (2).

Porucha príjmu potravy v spánku – (NSRED – Nocturnal sleep-related eating disorder)

K diagnostickým kritériám patrí nekontrolovateľný príjem potravy počas noci, obvykle opäť pri neúplnom prebudení z NREM spánku, zo štádia NREM 3, ale tiež zo štádia NREM 2. Táto parasomnia je tak považovaná za variantu somnambulizmu a veľa pacientov tiež má v anamnéze predchádzajúce stavy námesačnosti. Vigilita behom stavu kolísala, niektorí pacienti si na stav čiastočne pamätajú.

Pacienti nekontrolovane konzumujú veľké množstvo i nekonzumovateľnej alebo surovej potravy či toxické substancie. Pováčšine dochádza k zobudeniu a konzumácii potravy 1–4 hodiny po zaspatí, pacienti poväčšine nepociťujú hlad, chovanie má kompulzívny charakter. Prevalencia je vyššia u žien, prvé epizódy sa objavujú v adolescencií alebo v rannej dospelosti. Spánok má zhoršenú kvalitu, po zobudení sa cítia pacienti unavení, môže sa objavovať ranné nechutenstvo dochádza k nárastu váhy (1), čo sa pacienti môžu snažiť kompenzovať zníženým

kalorický príjmom počas dňa. Komorbidne sa objavujú poruchy príjmu potravy počas dňa. V diferenciálnej diagnostike je nutné vylúčiť inú možnú patológiu ako napríklad hypoglykémia, vredová choroba gastroduodena, alebo inú poruchu spánku (13, 21, 23).

Diagnostika

Pri diagnostike je dôležitý dôkladný odber anamnézy – zaujíma nás najmä výskyt parasomnií v rodine. Esenciálne je aj získanie informácií od rodiny alebo partnera s detailným popisom epizódy a domáce videozáznamy prebiehajúcej epizódy. Pri atypickom priebehu ochorenia – napr. pri vzniku ochorenia v dospelosti – alebo vysokej frekvencii epizód robíme polysomnografické vyšetrenie s rozšíreným EEG zapojením. Polysomnografia je metóda, ktorá zaznamenáva niekoľko modalít počas spánku pacienta, zahŕňa EEG, EMG, EKG, oxygenáciu, snímanie dychovej aktivity a pohybu očí. Z celej noci sa vytvára videozáznam.

Epizóda parasomnie sa počas snímanej noci vyskytnúť nemusí, aj keď niektoré zmeny na polysomnografickom zázname môžu vyvolať podozrenie na diagnózu – ako napríklad časté prebúdzacie reakcie alebo zobúdzanie sa z NREM fázy spánku.

Polysomnografia nám môže objasniť, či sa u pacienta nevyskytuje aj iné poruchy spánku, ktorá sa uplatňuje ako trigger a ich liečba pomôže vymiznutiu stavov.

Diferenciálna diagnostika zahŕňa predovšetkým epileptické záchvaty viazané na spánok. U epilepsie sú pohyby stereotypné, repetitívne, môžu sa vyskytovať niekoľkokrát za noc a v ktorúkoľvek nočnú dobu, epizóda má krátke trvanie. Na EEG sa objavuje záznam špecifickej epileptickej aktivity (24, 32).

Liečba

NREM parasomnia poväčšine nie je nutné liečiť. Dôležité je edukovať pacienta o povahe choroby, odporučiť určité opatrenia k zamedzeniu vzniku úrazov a poučiť o spánkovej hygiene – mať pravidelný spánkový režim, vyhýbať sa spánkovej deprivácii, a užitia alkoholu pred spaním. Psychoterapia – najmä kognitívne-behaviorálna psychoterapia – sa ukazuje ako možná alternatíva k farmakoterapii, najmä pri komorbidnej psychopatológii. Možno skúsiť aj iné metódy ako hypnóza, autohypnóza alebo biofeedback.

Ak je nutno pristúpiť k farmakoterapii – u epizód s vysokou frekvenciou, u epizód, ktoré predstavujú nebezpečenstvo pacientovi alebo jeho okoliu – najúčinnnejšie sú benzodiazepíny ako klonazepam v jednej večernej dávke 30–60 minút pred spaním, využívame tiež látky pôsobiace na metabolizmus serotonínu ako SSRI alebo SNRI antidepresíva. Je popisovaný tiež priaznivý efekt výživových doplnkov – 5-hydroxytryptofánu a melatonínu. (14, 25).

REM parasomnia

REM parasomnia sa na rozdiel od NREM parasomnií zvyknú objavovať až v druhej polovici noci, kedy prevláda REM spánok. Dochádza k behaviorálnemu doprovodu snového prežívania, po zobudení nedochádza ku zmätenosti alebo amnézii.

Porucha správania v REM spánku (RBD – REM sleep behavioral disorder)

RBD sa môže prejavovať násilným chovaním asociovaným so snovými prežitkami. Závažnosť prejavov sa líši od drobných pohybov končatín, hlavy alebo tváre až po násilné kopanie, búchanie, bitie, vyskakovanie z postele. Tieto symptómy môže sprevádzať vokalizácia – krik, smiech, plač až zmysluplné slová či vety. K týmto stavom dochádza na základe úplnej alebo čiastočnej straty atónie v REM spánku. Typicky prvé prejavy možno zaznamenať v dospelosti po 50. roku života s vyššou incidenciou u mužov (13, 21). Existujú dva typy – izolovaná (idiopatická) a sekundárna forma RBD. Sekundárna RBD je najčastejšie spojená s neurologickými chorobami, predovšetkým s alfasynukleinopatiemi, teda s Parkinsonovou chorobou, demenciou s Lewyho telieskami a multisystémovou atrofiou (33–34).

Izolovaná forma RBD začína obvykle po 50. roku života. Diagnóza izolovanej formy je stanovená po vylúčení sekundárnej formy RBD. U vysokého percenta pacientov s pôvodne izolovanou formou sa postupne rozvinú príznaky synukleinopatie. RBD je spolu s poruchou čuchu považovaná za premotorický prejav alfasynukleinopatií (26).

RBD v detstve alebo adolescencii je zriedkavé a často asociované s narkolepsiou a neurovývojovými poruchami (27–28). RBD sa môže objaviť ako nežiadúci účinok pri užívaní naj-

častejšie SSRI, ale aj SNRI a tricyklických antidepresív (21, 26).

Porucha s nočnými morami

Občasné nočné mory sa vyskytujú až u 60–75 % detí. Porucha s nočnými morami je charakterizovaná častými, ťažko dysforickými snami, ktoré narušajú mentálne zážitky, ktoré sa vyskytujú počas REM spánku a vyúsťia v prebudenie (1). Pacient môže byť po zobudení vydesený, ale je schopný si spomenúť na sen a je plne orientovaný. Sny majú často negatívne obsahy asociované s úzkosťou, strachom, ale takisto hnevom, rozpakmi, znechutením. Iba zriedkavo môže dochádzať k vegetatívnemu sprievodu. Atonia REM spánku porušená nie je (2, 13). Prevalencia sa predpokladá na 1,8–6 %, často je asociovaná s PTSD (29, 35). Ďalšie psychi-

atrické diagnózy, u ktorých sa nočné mory môžu vyskytnúť, je depresívna a úzkostná porucha. Určité farmaká ako beta-blokátory, antidepresíva, vareniklín, alebo substancie ako alkohol (či už jeho užívanie alebo následné odhätie) môžu nočné mory exacerbovať (21).

Diagnostika

Tak ako pri NREM parasomniách, pri diagnostike REM parasomnií je dôležitý dôkladný odber spánkovej anamnézy, čo na diagnózu poruchy s nočnými morami stačí. Pre diagnózu RBD je nevyhnutné polysomnografické vyšetrenie, ktoré zaznamená REM spánok bez atonie a často také behaviorálne prejavy typické pro toto onemocnění (12). Pri suspekcií na neurodegeneratívne ochorenie je doporučované zobrazovacie vyšetrenie mozgu – CT alebo MRI.

Liečba

K farmakoterapii RBD sa používa klonazepam v nízkych dávkach alebo melatonín (33, 34). Pri nočných morách je odporúčovaná psychoterapia (30, 31).

Záver

V psychiatrii sa parasomniám poväčšine nevenuje dostatočná pozornosť. Odber spánkovej anamnézy sa zameriava na príznaky insomnie alebo hypersomnie, aj napriek tomu, že parasomnie sú často asociované s psychiatrickou komorbiditou, alebo môžu byť spôsobené psychiatrickou medikáciou. Skorá diagnostika parasomnie a jej správna terapia môže viesť k zmierneniu psychiatrickej symptomatiky a tým ku kompenzáci celkového stavu pacienta.

LITERATURA

1. American Academy of Sleep Medicine: International Classification of Sleep Disorders (3rd ed.). AASM, Darien, IL, 2014.
2. Montgomery-Downs, H., Sleep science. 1st ed. New York: Oxford University Press, 2020;319-328.
3. Petit D, Touchette E, Tremblay RE, Boivin M, Montplaisir J. Dyssomnias and parasomnias in early childhood. *Pediatrics*. 2007;119:e1016-e1025.
4. Ohayon MM, Priest RG, Zulley J, Smirne IS. The place of confusional arousals in sleep and mental disorders: findings in general population sample of 13,057 subjects. *J Nerv Ment, Dis*. 2000;188:340-348.
5. Mahowald MW, Cramer Bornemann MA, Schenck CH. State dissociation, human behaviour, and consciousness. *Curr Top Med Chem*. 2011;11:2392-2402.

6. Bassetti C, Vella S, Donati F, Wielepp P, Weder B. SPECT during sleepwalking. *Lancet*. 2000;356:484-485.
7. Terzaghi M, Sartori I, Tassi L, et al. Evidence of dissociated arousal states during NREM parasomnia from an intracerebral neurophysiological study. *Sleep*. 2009;32:409-412.

Ďalší literatúra u autora
a na www.psychiatriepropraxi.cz