



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 sensorickým 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.