



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 RISP. 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 komorbidity (Perlis et al., 2005).