



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 přerušování 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 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.