

**Pražská vysoká škola psychosociálních studií**



**Porovnání teorií vzniku náměsíčnosti u dětí i  
dospělých**

Adéla Moravcová

**Bakalářská práce**

Studijní program: Psychologie

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Karel Balcar, CSc.

**Praha 2020**

**Prague College of Psychosocial Studies**



**Comparison of Theories of Sleepwalking Origins in  
Children and Adults**

Adéla Moravcová

**Bachelor's Thesis**

Bachelor's Thesis Supervisor: Doc. PhDr. Karel Balcar, CSc.

**Prague 2020**

## **Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů. Dále prohlašuji, že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne .....

Podpis .....

## **Anotace**

Bakalářská práce je věnována teoriím původu a podoby náměsíčnosti u dětí a dospělých. Popisuje a vymezuje základní pojmy, třídí předpokládané podmínky jejího vzniku a trvání a jednotlivé teoretické hypotézy či výzkumné poznatky navzájem porovnává. Téma ilustruje kazuistickými příklady a vlastní úvahou o podmínečnosti tohoto fyziopsychologického úkazu.

## **Klíčová slova**

Spánek, náměsíčnost, NREM spánek, REM spánek, parasomnie, poruchy spánku.

## **Abstract**

The Bachelor thesis is engaged in theories of the origin and forms of somnambulism in children and adults. The thesis delineates and defines basic terms, classifies the anticipated conditions for occurrence of somnambulism and duration, comparing the individual theoretical hypotheses or research findings. The theme is illustrated by way of casuistic examples and the author's own deliberation as to the conditioned factor of this physio-psychological phenomenon.

## **Key words**

Sleep, sleepwalking, NREM sleep, REM sleep, parasomnia, sleep disorders.

# Obsah

1. Úvod.....	8
2. Definice pojmů.....	9
2.1 Spánek a bdění .....	9
2.1.1 Vlnové frekvence .....	9
2.1.2 Bdělý stav.....	10
2.2 Spánek.....	10
2.2.1 Spánková stadia.....	11
2.2.2 Hormony spánku .....	13
2.2.3 Měření spánku.....	13
2.2.4 Spánková deprivace .....	13
2.2.1 NREM fáze.....	14
2.2.2 REM fáze (paradoxní spánek).....	15
2.2.3 Sny .....	16
2.2.4 Snění.....	17
2.3 Spánkové poruchy.....	17
2.3.1 Vnitřní a vnější příčiny vzniku spánkových poruch .....	18
2.3.2 Neorganické (psychogenní) poruchy spánku .....	18
2.3.2.1 Parasomnie .....	18
2.3.2.2 Dyssomnie.....	20
2.3.3 Organické poruchy spánku.....	20
2.3.4 Poruchy spánku spojené se somatickou či duševní poruchou.....	20
2.4 Náměsíčnost (somnambulismus) .....	21
2.4.1 Náměsíčnost u dětí .....	23
2.4.2 Náměsíčnost u dospělých.....	24
3. Teorie vzniku náměsíčnosti.....	25
3.1 Organické teorie .....	25

3.2 Neorganické teorie .....	26
3.3 Kombinované teorie .....	26
4. Porovnání teorií vzniku náměsíčnosti .....	29
4.1 Tabulka porovnání možných příčin vzniku.....	29
4.2 Diskuse a výzkumy .....	30
4.3 Zamyšlení.....	33
5. Kazuistické příklady.....	36
6. Závěry z porovnání teorií .....	39
Souhrn .....	40
7. Literatura .....	42
8. Seznam obrázků .....	45
9. Bibliografické údaje .....	46

## 1. Úvod

Náměsíčnost jinak řečeno somnambulismus. S oběma výrazy se budeme často v této práci setkávat. Somnambulismus má latinský původ a skládá se ze dvou slov. Mluvíme o slovech „somnus“ - „spánek“ a „ambulo“ neboli „chodím“. Informace jsem získala z: <https://nemoci.vitalion.cz/namesicnictvi-a-nocni-mury/>. Už jen z názvu je tedy jasné, jak se asi bude náměsíčnost projevovat a jakou podobu bude mít. Je to stav mezi spánkem a bděním a existuje mnoho názorů na to, proč vlastně vzniká.

Mohli bychom se na ni určitě dívat z více úhlů. Můžeme ji pojmout jako zvláštní schopnost, která byla dána pouze některým z nás a díky níž jsou někteří lidé schopni vnímat věci v tomto světě, pro které ostatní nemají tak citlivé receptory. Poté by se nedala náměsíčnost brát jako diagnóza a je vůbec diagnózou? A je to vlastně vůbec důležité? Řekla bych, že pro ty, kterých se to týká ani ne. Daleko víc by je možná mohlo zajímat, co jim náměsíčnictví dává a co jim to bere.

Na somnambulismus bychom se mohli dívat ještě z vědeckého pohledu a z tohoto úhlu je napsána i tato práce, která je čistě teoretická, a proto vychází z dosavadních teorií, výzkumů, článků a knih o vzniku náměsíčnosti. Cílem je najít, propojit a porovnat nejvíce zastoupené a dosud zjištěné příčiny. Ještě než se však dostanu k teoriím samotným, věnuji začátek práce popisu pojmů, které s ní souvisejí, pro lepší porozumění a proniknutí do tématu.

Byť nám některé náměsíčné příběhy mohou připadat legrační, nemusí vždy končit dobře. V některých případech jsou lidé v těchto stavech nebezpeční sami sobě nebo i druhým. Slyšeli jste o tom, že náměsíční mohou při svých epizodách vraždit, řídit auto, psát zprávy, vařit, nebo sekát zahradu? Ano to vše je možné. Byť jsou takto výrazné epizody dost ojedinělé, potkat mohou kohokoliv z nás. A při některých z nich by mohlo dojít k těžkému poranění či úmrtí. Proto by se porucha měla brát dostatečně vážně a neměla by být podceňována.



## 2. Definice pojmů

V této kapitole bych chtěla přiblížit a charakterizovat základní pojmy, které jsou důležité pro porozumění tématu této práce.

### 2.1 Spánek a bdění

Podle Plhákové (2004, s. 87) je hlavním rozdílem mezi spánkem a bdělým stavem změna psychické i fyzické aktivity. Dle Orla a kol. (2012, s. 154) tedy dochází ke snížení aktivity mozku a celého těla. Mění se například frekvence dýchání a srdeční činnost. Dochází k relaxaci a odpočinku svalstva. Plháková dále (2004, s. 87) uvádí, že se snižuje především aktivita motorického a sensorického systému. Je tedy utlumena funkce smyslů a pohybů těla, ne ovšem úplně. Ve své druhé knize Plháková (2013, s. 15–25, 38) píše, že spánek a bdění jsou řízeny cirkadiálními rytmy. Pro tyto rytmy jsou hlavními tvůrci suprachiasmatická jádra hypothalamu neboli tzv. biologické hodiny. Díky nimž dochází během 24 hodin ke změnám mezi spánkem a bděním a týká se to i mnoho dalších funkcí. Například pozornosti, sensorických procesů, kognitivní výkonnosti atp. Rytmy jsou v souladu s vnějším světem, pro toto spojení je klíčové světlo. Střídání spánku a bdění je umožněno především díky vzestupnému systému retikulární formace mozkového kmene, thalamu a hypothalamu. Cirkadiální rytmy jsou u většiny lidí rozdílné. Jak je lidově známo, lidé jsou buď „ranní ptáčata“ nebo „sovy“. Toto jsou dva extrémy naladění cirkadiálních rytmů jednotlivců. Většina lidí se pohybuje někde mezi těmito póly. U spánku můžeme nalézt pět různých stadií, která během něj probíhají. Kromě cirkadiálních rytmů se na regulaci spánku a bdění podílí také homeostatický spánkový tlak – naše tendence k usnutí vzrůstá dle toho, jak dlouho jsme ve stavu bdění. Tento tlak reguluje hloubku a délku spánku vzhledem k trvání předchozího stavu bdělosti. Rozlišujeme tři základní funkční stavy organismu: bdělost, NREM a REM spánek (Příhodová 2013, s. 14, 17).

#### 2.1.1 Vlnové frekvence

1. Alfa-vlny 7-12 Hz/s
2. Beta-vlny 13-22 Hz/s
3. Théta-vlny 2-7 Hz/s
4. Delta-vlny 1-2 Hz/s (Plháková 2004, s. 90, 91).

### 2.1.2 Bdělý stav

Plháková (2013, s. 38) píše, že ve stavu bdělosti se jedinec nachází, pokud je plně probuzený a duševně i tělesně aktivní. Winter (2018, s. 75) označuje stav bdění jako „vzrušení“. Je to opak spánku. Winter (2018, s. 76–79) následně uvádí, že bdělost je řízena jinými procesy než spánek. Naše pozornost klesá, pokud ji nemá co upoutat. Neděje-li se nic zajímavého, pak přichází únava, a nakonec můžeme přejít až ke spánku. Jedna z hlavních látek podílející se na udržení bdělého stavu je histamin. Dalším hormonem nezbytným pro bdění je dopamin. Jeho absence by způsobovala nadměrnou ospalost a poruchy REM spánku. Třetí velmi důležitou látkou je orexin (hypokretin). Říká se mu také chemická centrála bdělosti. Při jeho nedostatku by se mohla objevit porucha spánku zvaná narkolepsie. Pokud jsme zdraví, měli bychom mít po probuzení základní úroveň bdělosti a nižší úroveň ospalosti. To je způsobeno nízkou hladinou adenosinu (spánkový hormon). Během dne máme velký výdej energie, ospalost začíná opět narůstat. Dle Příhodové (2013, s. 14, 15) má vzestupný systém retikulární formace hlavní podíl na regulaci bdělosti. Mozková kůra je aktivována dvěma systémy. Prvním jsou cholinergní projekce (jdoucí z pontomesencefalických jader do thalamu). Thalamus umožňuje přenos informací do kůry. Druhým systémem jsou monoaminergní kmenová jádra. Dráhy těchto jader procházejí přes laterální hypothalamus až do bazální části mozku a frontální kůry.

## 2.2 Spánek

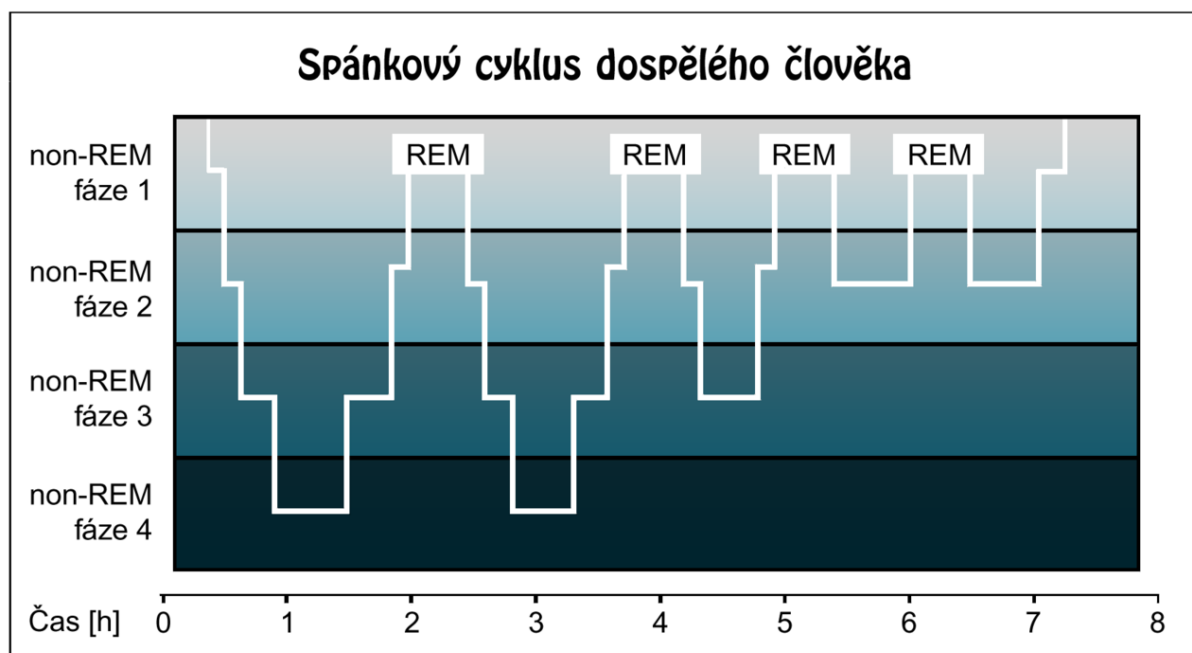
Borzová a kol. (2009, s. 12) definují spánek jako opak bdělosti. Plháková (2004, s. 88) píše, že spánek není pasivní děj. Probíhají při něm různé druhy mentálních aktivit, například snění, nebo plánování určitých úkolů (kdy se máme probudit). Příhodová (2013, s. 14) popisuje spánek jako poměrně složitý proces, nezbytný pro život. V jeho průběhu dochází k obnově životních funkcí. Borzová a kol. (2009, s. 11) považují spánek za neoddelitelnou součást našeho života, bez které nemůžeme žít. Dochází k obnově fyzických i duševních aktivit. A ve spánku bychom měli odpočívat a načerpat novou energii. Příhodová (2013, s. 10-18) popisuje spánek jako důležitý pro obnovu mozkové činnosti, kognitivních funkcí a řízení organismu. Nezbytně důležitý je spánek i pro mozkový energetický metabolismus, endokrinních řízení organismu, imunitní kompetenci organismu, procesy učení a paměti (paměťové stopy jsou ve spánku zpracovávány a upevňovány). Je to klidový stav s odlišnou činností mozku, minimální fyzickou aktivitou, snižuje se vnímání okolního prostředí

a s ním i schopnost reagovat na vnější podněty. Organismus funguje v jiném režimu. Spánek má velký význam pro psychickou kondici. Při deficitu se může dostavit zhoršené soustředění, točení hlavy, slabost dolních končetin, nevolnost atd. Pokud nespíme dlouhodobě dobře, projeví se to na našem mentálním výkonu. Nejdelsí bdělost kterou jsme schopni snést, aniž by to náš mentální výkon narušilo, je přibližně 36 hodin (Borzová a kol. 2009, s. 11, 12, 13). Borzová a kol. (2009) uvádí, že “Spánek má svou stavbu, strukturu, v níž se střídají REM a NREM” (s. 11).

### **2.2.1 Spánková stadia**

V průběhu spánku rozlišujeme dohromady 5 různých stadií. Čtyři z nich patří do NREM spánku a poslední stadium patří k REM spánku. Příhodová (2013, s. 10-15, 18) poukazuje na fakt, že spánek je jeden ucelený proces, který se nijak v průběhu nemění. Až v minulém století byly učiněny objevy dokazující, že ve spánku procházíme stadii, například byla objevena REM fáze. Borzová a kol. (2009, s. 13, 14, 15) pokládají otázku, jak vypadá zdravý spánek. Následně po usnutí procházíme tedy 5 různými stadii. Ty se od sebe liší mírou elektroaktivity mozku. Čím hlubší dané stadium je, tím více naše tělo odpočívá a regeneruje se. Množství spánku které je třeba k odpočinku, je u různých lidí rozdílné. Potřeba a délka spánku se s věkem mění. V těle během spánku zaznamenáváme hodně změn, například dochází ke změnám tepové frekvence, krevního tlaku, teploty těla a větší spotřebě kyslíku. Svalový aparát těla je uvolněný. Je znát výrazný pokles spotřeby energie. Dochází i k množstevním změnám různých hormonů v krvi. Kvalita spánku se mění během života a souvisí s věkem. Během stárnutí se u většiny lidí kvalita spánku zhoršuje. Ve stáří bývá spánek lehčí, kratší s častým buzením a není příliš kvalitní. Dlouhodobý nedostatek spánku může urychlovat vznik nebo průběh některých onemocnění. Například poruch paměti, cukrovky, vysokého krevního tlaku, nebo obezity. Dostavuje se i chronická únava, psychické poruchy a větší náchylnost jedince k nemocím. Nedostatek spánku patří k faktorům zvyšujících úmrtnost. Může být příčinou zranění v práci, či způsobení dopravní nehody. Winter (2018, s. 22) upozorňuje, že nekvalitní spánek může zapříčinit infarkt, zvýšený krevní tlak, selhání srdce, mrtvici, deprese a negativní nálady.

Borzová a kol. (2009, s. 11) rozdělují průběh spánku na čtyři stadia NREM spánku a jedno stadium REM spánku.



Obr. č. 1 Spánkový cyklus dospělého člověka, získáno z: [https://www.wikiskripta.eu/w/Bd%C4%9Bn%C3%AD\\_a\\_sp%C3%A1nek#/media/File:Spankovy\\_cyklus.png](https://www.wikiskripta.eu/w/Bd%C4%9Bn%C3%AD_a_sp%C3%A1nek#/media/File:Spankovy_cyklus.png)

Následně po prvním stadiu REM spánku přechází tělo opět do NREM fází. Nejdřív do lehčího NREM spánku a pak se tato fáze znovu prolne do hlubší NREM fáze. Po určité době se opět vystřídá s REM fází. Tato stadia se poté střídají celou noc a délka i hloubka NREM stadií se stále zkracuje, zatímco stadia REM fází se naopak prodlužují. K ránu jsou tedy nejdelší a nejčastější (Borzová a kol. 2009, s. 11-16). Podle Plhákové (2004, s. 15-50) se NREM a REM fáze dohromady nazývá spánkový cyklus, který se během spánku zopakuje průměrně 4-6.

Při usínání se prohlubuje dýchání a pomalu se zavírají oči. Poté vstupujeme do hypnagogického stavu, přechodu mezi bděním a spánkem (Borzová a kol. 2009, s. 11-16). Příhodová (2013, s. 10-18) píše že, ve spánku ztrácíme postupně svalový tonus (napětí svalu hladkých a kosterních). V každém stadiu spánku je míra ztráty svalového tonu jiná. Zajímavostí je například spánková paralýza (spánková obrna), při které dochází k tomu, že naše tělo je stále ve svalové atonii a my ho neovládáme, ale naše mysl je vzhůru. To může být velice děsivým anebo zajímavým zážitkem.

### **2.2.2 Hormony spánku**

Asi nejznámější látka vytvořená lidským tělem a zodpovědná za navození spánku a řízení cirkadiánních rytmů je melatonin. Ten se začíná uvolňovat s poklesem denního svitu. Je vylučován epifýzou. Označujeme ho za přirozeného organizátora chodu biologických rytmů. Nastavení biologických hodin je dáno geneticky (Borzová a kol. 2009, s. 11-16). Jako další z hlavních látek která se podílí na regulaci spánku v našem těle a konkrétně na usínání je serotonin. Snižuje mozkovou odezvu na informace přicházejících z našich smyslů. Další látkou je adenosin, který přispívá k ospalosti. Hromadí se v buňkách našeho těla během dne při vydávání energie. V průběhu spánku se jeho hladina opět snižuje. Dále se během spánku vylučuje ve větším množství pro nás důležitý růstový hormon (nejvíce v dospívajícím věku poté jeho vylučování klesá). Během spaní probíhají výkyvy tělesné teploty. Amplituda se pohybuje přibližně v rozmezí 1 °C (Plháková 2013, s. 21-24, 36, 37).

### **2.2.3 Měření spánku**

Polysomnografie je kompletní spánkové vyšetření ve spánkové laboratoři. Měří se například elektrická aktivita mozku, oční pohyby, svalové napětí. K základním metodám tohoto vyšetření patří elektroencefalogram (EEG). Poskytuje nám záznam o mozkových vlnách s různou frekvencí, intenzitou a amplitudou. Dále elektrookulogram (EOG) zaznamenává pohyby očních bulbů. Pokud najdeme v zápisu silnější linie, značí to vyšší svalový tonus a naopak. Poslední nejznámější metodou je elektromyogram (EMG), který zapisuje změny napětí svalů na bradě (Plháková 2013, s. 21-24, 36, 37).

### **2.2.4 Spánková deprivace**

Spánková deprivace je způsobena nedostatkem spánku, nebo jeho narušením spánkovými poruchami. Je důležité, zda jsou narušeny NREM fáze, nebo REM fáze spánku. Narušení hlubokého spánku by narušilo fyzický odpočinek a regeneraci, zatímco nedostatek paradoxního spánku má negativní vliv na psychickou stránku jedince. Pokud jsme vystaveni spánkové deprivaci delší dobu, mohou se objevit mikrosprávky (jedinec hledí do prázdna a jeho mozková aktivita odpovídá aktivitě mozku během spánku). U dospělých způsobuje úzkost, zvýšenou dráždivost, horší soustředění a ukládání informací do paměti (Plháková 2013, s. 73). Dále má dle Plhákové (2003, s. 93-94) a Příhodové (2013 s. 15-19) vliv na vylučování hormonů, které řídí příjem potravy. Spánková deprivace mění množství jejich produkce. To má

vliv na metabolismus. Může tedy zapříčinit nadměrný příjem potravy a následnou obezitu. U dětí se projevuje především po psychické stránce. Postiženy mohou být kognitivní funkce, paměť, pozornost, myšlení a exekutivní funkce. Objevují se poruchy chování, výkyvy nálady, hyperaktivita, úzkostné poruchy, deprese. U dospívajících se objevuje nadměrná denní spavost, která je typická pro spánkovou deprivaci u dospělých jedinců. Velký nedostatek spánku vede až k vyčerpání organismu, a k smrti.

### **2.2.1 NREM fáze**

Během NREM stadií dochází k postupnému zpomalování mozkové aktivity. Každé z nich má své uplatnění a rozdílnou hloubku. Dochází ke snížení základního metabolismu. Tím se myslí například snížení spotřeby kyslíku, hladiny cukru v krvi, srdeční aktivity, nebo i tělesné teploty. Má velký význam při zotavování se z nemoci a v období růstu (Borzová a kol. 2009, s. 11, 12, 13). NREM spánek je důležitý pro odpočinek, fyzickou obnovu těla a činnost mozku. Při usínání vždy přejdeme z bdělosti do fází NREM spánku, nikdy ne do REM fáze (Plháková 2004, s. 87-91). Příhodová (2013, s. 18) udává, že hluboký spánek je nejvíce zastoupen v první třetině noci. Má velký význam pro deklarativní paměť, pomáhá zapamatování si informací a vzpomínek.

#### **Popis jednotlivých stadií podle Plhákové (2004, s. 90, 91):**

1. Stadium S1, N1 – usínání, kdy bdění přechází ve spánek. Alfa-vlny přecházejí do beta-vln, ty se následně vytrácejí a nahrazují je théta-vlny, které jsou nepravidelné a mají nízký rozkmit. Elektroaktivita mozku se snižuje. Plháková (2013, s. 39) ve své druhé knize o spánku píše, že se během usínání mohou objevit svalové křeče (záškuby). Příhodová (2013, s. 14, 15) o tomto stadiu udává, že tvoří 1-5 % spánku. Aktivuje se přední část hypothalamu, tím se spustí činnost neuronů pracujících během NREM spánku. Ty potlačují aktivitu oblastní podílejících se na řízení bdělosti.
2. Stadium S2, N2 – lehký spánek podílející se na spánkovém cyklu 3-8 %, dochází při něm k nápadnému snížení svalového tonu. Vlny jsou větší a pomalejší. Objevují se spánková vřetena o frekvenci 15 Hz/s obsahující K – komplexy (velké, pomalé a ostré vlny) (Plháková 2004, s. 90, 91).
3. Stadium S3 – hluboký spánek s théta-vlnami. Jsou přítomny i delta-vlny, které tvoří největší část spánku až 50 % (Příhodová 2013, s. 15). Dochází

k nejnižšímu metabolickému obratu jak v tomto, tak i v následujícím čtvrtém stadiu (Borzová a kol. 2009, s. 11).

4. Stadium S4, N3 – hluboký spánek neboli spánek pomalých vln nazývaný také jako delta spánek (Winter 2018, s. 68). Převládají z 50% delta-vlny. Utváří 15-20 % spánku. Prohlubuje se uvolnění svalů. Nejsou přítomny oční pohyby, to je jeden z mnoha rozdílů mezi NREM a REM fází spánku. Klesá srdeční činnost a dech se zpomaluje (Plháková 2004, s. 91). Probuzení z této fáze je poněkud obtížné. Pokud se tak stane, může se u daného jedince projevit spánková opilost (zmatení, zhoršená koordinace) (Příhodová 2013, s. 12). Probuzení může být způsobeno pouze bolestivým podnětem (Borzová a kol. 2009, s. 15). Následně se spánek začne opět vracet do stadia 2 až 3 a poté přichází první REM fáze. Je tvořen růstový hormon. Má velký vliv na kvalitu spánku. Pomáhá dětem a dospívajícím růst. U dospělých regeneruje kůži, svaly a imunitní systém. Jeho tvorba se stárnutím jedince snižuje, a tak se podílí na tom, že klesá kvalita spánku a naše tělo stárne. Nej kvalitnější spánek mají děti (Winter 2018, s. 68, 69). Dnes se již S3 a S4 považuje za jedno společné stadium a označuje se N3. Při poruše se mohou objevit noční děsy a náměsíčnost (Plháková 2013, s. 39, 40). Proces usínání až do první REM fáze trvá přibližně 90 minut (Plháková 2004, s. 91).

### **2.2.2 REM fáze (paradoxní spánek)**

Dle Příhodové (2013, s. 13) je typická zvýšenou činností mozku (můžeme vidět na EEG – zvýšená elektroaktivita, beta a théta-vlny) jež připomíná bdělý stav. Jsou přítomny rychlé oční pohyby za zavřenými víčky a svalová atonie (ztráta napětí ve svalech). Tvoří zhruba 25 % spánku. Vegetativní funkce jsou nepravidelné. Borzová (2009, s. 16) píše, že v této fázi jsou přítomny velmi živé sny. Podle Plhákové (2003, s. 91, 92) se teplota těla přizpůsobuje teplotě okolního prostředí. Je-li teplota v okolí nižší, tělo se začne ochlazovat, při vyšší se začne zahřívát. Toto probíhá pouze v REM fázi spánku. První REM fáze trvá okolo 10 minut, každá další fáze se prodlužuje. Z poslední REM fáze se spontánně probouzíme. Plháková (2013, s. 88) uvádí, že toto stadium je nezbytné pro raný vývoj mozku a k jeho udržování ve funkčním stavu. Probuzení z něj je poměrně snadné. Je také důležitý pro ukládání a třídění myšlenek a paměťových stop.

### 2.2.3 Sny

Plháková (2013, s. 94-97) píše, že je lze nazvat pseudohalucinacemi, nebo také abstraktními obsahy přeměněnými v obrazové symboly (psyché mluví v obrazech). Jsou důležitou složkou spánku, jež přináší pozitiva pro naši duševní rovnováhu. Dle Barošové (2007, s. 25) také hrají velkou roli ve správném fungování vyšší nervové soustavy. Většinou při nich probíhá silné prožívání emocí. Podle Plhákové (2013, s. 94–97, 202) se objevují ve všech spánkových etapách. Mohou být přítomny už v tzv. stadiu dřímoty (první stadium spánku). Nejvíce jsou však zastoupeny v REM fázi. Mohou působit tak živě, že je nerozeznáme od vjemů. V posledních stadiích spánku, a tedy i v posledních snech, si jedinec začne uvědomovat nereálnost snů. Na sny můžeme nahlížet z mnoha pohledů. Z fyziologického hlediska je sen konstrukcí sestavenou z informací, které má mozek k dispozici, tzn. paměťové stopy, přání, fantazie a zdeformované vjemy přicházející z vnějšího a vnitřního prostředí (zdeformované – nejsme schopni je plně vnímat, protože je utlumená kognitivní mozková aktivita). Z pohledu psychologického najdeme mnoho směrů, které se sny zabývají a snaží se je využít v psychoterapeutické praxi. Patří sem například psychoanalýza (základy pro práci se sny položil Sigmund Freud), analytická psychologie, daseinsanalýza či tvarová terapie. Obsahy snů jsou vždy pro daného jedince velice osobní záležitostí. Podle psychoanalýzy jsou sny tvořeny skrytými přáními, potřebami, nebo myšlenkami, které byly pro jedince vědomě nepřijatelné, a tak byly vytěsněné do nevědomí. Ve snové podobě dojde potom k určitému uspokojení těchto vytěsněných obsahů. Kognitivní směr nahlíží na sny jako na vedlejší produkt zpracovávání informací, který nemá žádný psychologický význam. Sny napomáhají třídění, ukládání, přemístování a zapomínání (odstraňování) informací. Pomáhá také lepšímu porozumění myšlenkám a nově nabytým datům. Barošová (2007, s. 26) uvádí, že podle výzkumů má většina našich snů základ v našem běžném každodenním životě, zatímco například noční můry jsou postavené především na nějakém prožitém traumatu a mají silné emoční zabarvení. Pro noční můry je typičtější výskyt v druhé polovině noci v REM fázích, zatímco noční děsy se častěji objevují v první polovině noci. Hlavní strukturou mozku pro vytváření snů je hipokampus. Pro zajímavost a z odlišného pohledu Černouška (1988, s. 13) se v řecké mytologii můžeme setkat s Morfeem bohem snů, synem boha spánku (Hypnos).



### 2.2.4 Snění

V průběhu spánku se odehrávají různé myšlenkové procesy, jedním z nich je snění. Vnitřní percepce je zvýšená, vnější je naopak snižena. Emoce přicházejí v epizodách.

#### Existují různé druhy snění:

- 1) Hypnagogické snění – typické pro dobu usínání. Jeho součástí jsou obrazy, které postrádají děj. Dochází k deformaci vnímání.
- 2) Hypnopompické snění – objevuje se ve chvíli spontánního probuzení. Může být chybně zaměněno s REM fází.
- 3) Přemýšlivé snění – jsou přítomny myšlenky, které nemají halucinatorní obsah. Vyskytují se především v etapách NREM spánku.
- 4) Klasické snění – přítomné převážně ve fázích REM spánku. Je tvořeno intenzivními, silně emotivními, vizuálními sny s jedním, nebo více ději. V těchto snech vystupují osoby nám známé i neznámé. Sny mají často sexuální obsah a také se obvykle objevují podobná témata.
- 5) Lucidní sny – výskyt většinou v REM spánku. Jde o tzv. „probuzení do snění“. Sny si plně uvědomujeme a někdy je můžeme i ovlivňovat a řídit je. Díky tomu se vysvobodíme z pasivní pozice, kdy jsme pouze pozorovatelem, či postavou ve snu a nemáme na jeho průběh vliv. (Barošová 2007, s. 24-26), (Plháková 2013, s. 210), (Loja 2017, str. 34) a (Šonka 2002, str. 143).

### 2.3 Spánkové poruchy

Podle Plhákové (2013, s. 95) bychom za poruchu spánku mohli považovat takový spánek, který se liší od naší představy normálního spánku. Ať už je to představa subjektivní, či veřejně uznávaná. Normální spánek by měl probíhat klidně bez přerušování, s pravidelným dechem a v rozmezí 6-9 hodin. Ráno bychom se měli cítit svěží a odpočatí. Příznaky varující, že něco není v pořádku, mohou být: křečovitě škubání těla během spánku, chození po bytě, skřípání zuby, zástava dechu, křik, zírání s vytřeštěnými očima, nadměrná spavost během dne.

Borzová (2009, s. 18) píše, že za další symptomy a příčiny, které by mohly značit a způsobit spánkovou poruchu můžeme považovat například nedostatek spánku, nekvalitní spánek nebo nadměrnou denní spavost. Jejich výskyt najdeme v určité míře u každého z nás. Závažnost záleží na intenzitě a množství projevů. Podle Plhákové

(2003, s. 95-99) může být příčinou větší životní změna, jako například změna školy nebo zaměstnání, dále přemístění do jiného časového pásma, psychoaktivní látky (bývají častou příčinou), dlouhodobý stres anebo práce rozdělená na směny. Nejčastěji zastoupené poruchy spánku jsou příliš dlouhé usínání, probouzení během spánku a časné buzení (po kterém se nám už nepodaří usnout). Tato onemocnění mohou mít vliv na kvalitu života, zdravotní stav, vztahy s lidmi a vykonávání našeho zaměstnání. Můžeme je dělit hned z několika pohledů například na poruchy vázané na NREM či REM spánek, na organické a neorganické anebo podle příčin jejich vzniku. V České republice se užívá dělení na organické a neorganické podle MKN-10 (desátá revize Mezinárodní klasifikace nemocí). Podle Malé a Pavlovského (2002, s. 112) se ve své podstatě na tyto poruchy můžeme dívat jako na symptomy spojené s téměř jakýmkoliv jiným duševním onemocněním.

### **2.3.1 Vnitřní a vnější příčiny vzniku spánkových poruch**

Vnitřními faktory jsou psychické, fyziologické, nervové vlivy. Poruchy způsobené z velké části těmito vlivy dělíme dále na organické a neorganické. Vnějších faktorů je mnoho například: nedostatek odpočinku, nestálý denní režim, opět užívání návykových látek nebo to že nás ruší vnější zvukové podněty. Vnitřní i vnější faktory se vzájemně ovlivňují, proto citlivější jedinci jsou více náchylní k tomu, aby byla kvalita jejich spánku ohrožena vnějšími vlivy (Plháková 2003, s. 96).

### **2.3.2 Neorganické (psychogenní) poruchy spánku**

Patří mezi poruchy chování a duševní poruchy. Rozdělujeme je na parasomnie a dyssomnie. Vznik je dán psychickým a emočním působením (Plháková 2013, s. 96-98).

#### **2.3.2.1 Parasomnie**

Borzová a kol. (2009, s. 96), Plháková (2013, s. 96, 113) a Wiseman (2014, s. 116) je definují jako náhlé epizody, jež nepovažujeme za normální. Poznáme je podle abnormálního chování, pohybů, nebo mentální aktivity. Jedna z nejznámějších poruch, kterou mezi ně řadíme je i náměsíčnost.

#### **Rozdělení parasomnií:**

- 1) Vázané na NREM spánek – objevují se u probouzení, během spánku a při usínání. Dochází k chybnému, rozštěpenému probouzení ve chvíli, kdy přecházíme z hlubokého delta spánku v REM fázi. Následně proběhne aktivace

autonomního a pohybového systému. Ovšem my v ten moment nejsme ve stavu bdělosti a tyto funkce tedy nejsme schopni ovládat. Poté přetrvává stav mezi bděním a hlubokým spánkem. To můžeme vidět také na EEG. Lze pozorovat mísící se aktivitu typickou pro bdělost a pro spánek. Tento problém se nejvíce projevuje v první třetině noci, z důvodu největšího zastoupení hlubokého delta spánku. Podle klinických symptomů sem řadíme: náměsíčnost, probuzení se zmateností, noční děsy, spánkovou opilost, spánkovou obrnu vázanou na NREM spánek, skřípání zubů, hypnagogické záškuby a mluvení ve spánku. Projevy mohou trvat několik minut až hodinu.

- 2) Vázané na REM spánek – patří sem spánková obrna vázaná na REM spánek (porucha spojená s ranním probouzením), noční můry a porucha chování v REM spánku.
- 3) Ostatní – nemají vazbu na určité spánkové stadium. Řadíme sem noční mručení a spánkovou halucinaci.

**Definice nejznámějších parasomnií podle Wintera (2018, s. 223), Wisemana (2014, s. 113), Borzové a kol. (2009, s. 99, 100, 102), Příhodové (2013, s. 92-103) a Plhákové (2013, s. 111, 113):**

- 1) Náměsíčnost (somniaambulismus) – viz samostatná kapitola níže
- 2) Noční děs (pavor nocturnus) – stav kdy dojde ke změně vědomí. Nejvíce ojedinělá porucha z parasomnií. Mívá rychlý, krátký průběh (v rozmezí několika minut). Typický pro předškolní a mladší školní věk. Jedinec se probouzí s křikem, není však ještě plně bdělý. Prožívá silný děs, je přítomná mydriáza (rozšířené zornice), bušení srdce, zrychlené dýchání, pocení.
- 3) Noční můry – děsivé sny, které provází úzkost. Jedinec se budí s pláčem, je vyděšený. Událost nezapomene. Vzhledem k vázanosti poruchy na REM spánek, se noční můry objevují především v ranních hodinách, kdy se REM fáze prodlužují a násobí. Jsou typické pro předškolní a školní věk.
- 4) Porucha chování v REM spánku – ztráta svalového napětí (svalová atonie) je narušená. Postižený se na lůžku pohybuje podle toho, co prožívá ve snu.
- 5) Spánková obrna (paralýza) vázaná na REM spánek – dojde k úplné ztrátě hybnosti těla, postiženy jsou všechny svaly kromě bránice a svalů umožňujících hybnost očí. Člověk nemůže svoje tělo ovládat, nemůže mluvit a je přitom plně při vědomí.

- 6) Spánková halucinace (hypnagogické halucinace) – výskyt společně s narkolepsií, doprovází i spánkovou obrnu. Jsou to velice živé představy.
- 7) Mluvení ze spánku (somnilokvie) – hlasité mluvení až křik, který trvá až několik minut.

### **2.3.2.2 Dyssomie**

Malá a Pavlovský (2002, s. 112), Borzová a kol. (2009, s. 17) a Plháková (2013, s. 96, 101) uvádějí že, dyssomie se projevují díky narušení rytmu spánku – bdění. Je ovlivněna tedy kvalita, množství a časovost spánku. patří sem mnoho poruch.

#### **Dle etiologie je rozdělujeme na:**

- 1) Poruchy způsobené vnitřními příčinami: syndrom neklidných nohou, neorganická hypersomie, neorganická insomie (nespavost), organická nespavost, neorganické poruchy rytmu spánků a bdění.
- 2) Poruchy způsobené vnějšími příčinami: nedostatečná spánková hygiena (narušení vnější podněty), špatný režim, alergie (na potraviny) a závislost na toxických látkách, stimulantech, nebo hypnotikách.
- 3) Poruchy způsobené narušením cirkadiálních rytmů: změna časového pásma, práce na směny, nepravidelný cyklus spánku a bdění, předsunuté či zpožděné fáze spánku.

### **2.3.3 Organické poruchy spánku**

Plháková (2013, s. 96, 97) je řadí mezi neurologické poruchy. Příčinou vzniku jsou tělesná onemocnění. Tyto poruchy spánku jsou tedy sekundárními onemocněními k primárním, které jsou jejich příčinou. Patří sem například narkolepsie, noční enuréza, poruchy dýchání ve spánku, Kleineho-Levinův syndrom.

### **2.3.4 Poruchy spánku spojené se somatickou či duševní poruchou**

Ve vztahu k duševním onemocněním se mohou spánkové poruchy objevit u úzkostných poruch a panických stavů, psychóz, alkoholismu i u jiných závislostí, afektivní, depresivní nebo manické poruchy, dále u bolestí hlavy, epilepsie vázané na spánek, onemocnění s demencí a Parkinsonovy nemoci. Ve spojení se somatickými onemocněními se vyskytují spolu se spavou nemocí, noční srdeční ischemií, vředovou chorobou či nočním astmatem (Borzová a kol. 2009, s. 17).

## 2.4 Náměsíčnost (somnambulismus)

Porucha, při které dojde k narušení vědomí a vnímání. Je vázána na hluboký delta spánek probíhající v NREM stádiích. Nejčastěji se objevuje v první třetině noci. Tělo jedince je aktivní a pohybuje se, zatímco mozek stále spí. V některých případech může být těžké ji rozlišit od noční epilepsie bez podrobnějšího vyšetření. Náměsíčnost a noční epilepsie se také mohou objevit naráz. V průběhu somnambulického stavu jedince většinou není možné probudit do plného vědomí. Epizoda končí jeho samovolným probuzením, nebo opětovným ponořením do spánku. Ráno poté si na noční epizodu nepamatuje. Po spontánním probuzení může následovat chvilkové zmatení. Cílené probouzení náměsíčných se nedoporučuje, mohlo by dojít k agresivní reakci, nebo k prodloužení epizody. Nejlepší je na ně klidně mluvit a pokusit se je odvést zpátky na lůžko. Po probuzení je jedinec bez následků (v případě že se nějak fyzicky nezraní při epizodě). Umělé vyvolání epizody se může povést posazením jedince.

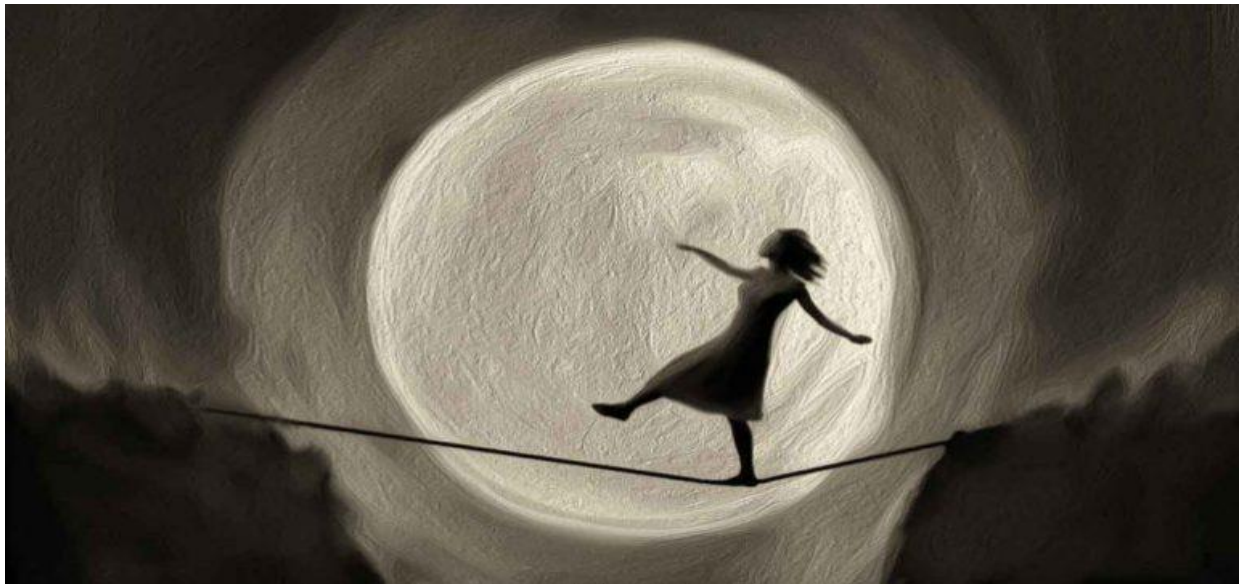
Projevy jsou charakteristické abnormálními pohyby, chováním, následně amnézií na událost a jsou zastoupeny v různé míře. Člověk se posadí na lůžku, má široce otevřené oči, nepřítomný, bezvýrazný, strnulý výraz, rozhlíží se kolem sebe, může i mluvit. Objevuje se i lezení po posteli. Nejvíce známé je vstávání jedince z lůžka a chůze. Může dojít i k opuštění obydlí a k vykonávání složitějších mechanických operací, například odeslání SMS zprávy. Z toho důvodu by se mohl postižený jedinec i těžce zranit. Onemocnění je tedy poměrně dost nebezpečné. Pohyby nejsou vykonávány z vlastní vůle, jedinec je vědomě neřídí. Mohou být vrávoravé, nekoordinované. Řeč může být nesrozumitelná. To vše naznačuje poruchu funkce mozečku.

Diagnostika a vyšetření – v krajních případech se používá polysomnografie. Využijeme ji u pacientů, kterým hrozí nebezpečí zranění kvůli této poruše, či by tyto stavy mohly být projevem jiné poruchy spánku. Také u lidí s častými epizodami, nebo epizodami v pozdějším věku (adolescence, dospělost). Náměsíčné epizody poznáme na polysomnografickém záznamu pomocí hypersynchronní delta aktivity při probouzení a následně směs aktivity vzorové pro spánek spolu s rytmy bdělosti. Pacient může být dále podroben EEG vyšetření či testu vertikalizace. V takovém testu jde o strojené posazení, nebo postavení pacienta s účelem pokusit se vyvolat náměsíčnou epizodu. Náměsíčnost je převážně diagnostikována na základě klinické

historie pacienta. V dospělosti je chování více rozmanité než v dětství. Objevují se složitější operace – vaření, psaní zpráv, oblékání se, hraní na hudební nástroje atd. Může trvat po dobu několika sekund až po 30 minut. Společně s náměsíčností se může objevit sexsomnie (sexuální chování během epizody), nebo jezení ve spánku. Jedinec sní jídlo z lednice a ráno se podivuje, kde je. Pak kvůli tomu může výrazně ztloustnout, aniž by věděl, co se děje.

Náměsíční většinou nereagují na lidi kolem sebe, nekomunikují s nimi, pokud na ně někdo mluví. Ukázalo se také, že náměsíčný často při zranění neregistruje bolest a pokračují v epizodě či ve spánku dál (Zadra, Desautels, Petit a Montplaisir 2013, s. 285), (Borzová a kol. 2009, s. 96, 97), (Malá a Pavlovský 2002, s. 112), (Příhodová 2013, s. 93-95, 97-99) a (Plháková 2013, s. 103, 104).

Léčba u náměsíčnosti a ostatních parasomnií probíhá tak, že se lékaři snaží nastavit u pacienta správný spánkový režim a spánkovou hygienu. Používá se i fytoterapie (bylinkářství). Jsou také různá doporučení jako vyhnout se užívání alkoholu a jiných návykových látek. Měl by být dodržovaný pravidelný spánkový režim, aby nedošlo k spánkové deprivaci. V případě, že se u jedince objevují psychogenní vlivy, které by mohli mít vliv na poruchu, je nutné navštívit psychologa nebo psychiatra. Pokud se určité epizody vyskytují pravidelně, lze aplikovat techniku programovaných buzení. Dále se zde uplatňuje i behaviorální terapie, relaxační techniky, hypnóza nebo biofeedback. Léčba však u většiny případů somnambulismu není nutná, protože epizody s věkem postupně mizí (Malá a Pavlovský 2002, s. 112), (Příhodová 2013, s. 92-103).



Obr. č. 2 Náměsíčnost, získáno z:

[https://www.google.com/search?q=n%C3%A1m%C4%9Bs%C3%AD%C4%8Dnost&rlz=1C1SQJL\\_csCZ862CZ862&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=2ahUKEwjJzZil3ovoAhVFy6QKHSN\\_AMAQ\\_AUoAXoECAwQAw&biw=1264&bih=570#imgre=M2Bu6vQULG6E8M](https://www.google.com/search?q=n%C3%A1m%C4%9Bs%C3%AD%C4%8Dnost&rlz=1C1SQJL_csCZ862CZ862&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=2ahUKEwjJzZil3ovoAhVFy6QKHSN_AMAQ_AUoAXoECAwQAw&biw=1264&bih=570#imgre=M2Bu6vQULG6E8M)

#### **2.4.1 Náměsíčnost u dětí**

U novorozenců a kojenců do prvního roku života bychom se s náměsíčností nesetkali, protože většinu jejich spánku tvoří paradoxní spánek. Náměsíčnost je typická pro předškolní a mladší školní věk, nejvíce se projevuje mezi 4 a 12 rokem života. Prvotní projevy jsou pro všechny věkové kategorie podobné, mohou se lišit až ve chvíli, kdy děti začnou vykonávat aktivity mimo lůžko. Dítě opouští lůžko a začne se pohybovat. Poté začne vykonávat automatické úkony, které mohou vypadat normálně, dohromady ale nemusí dávat smysl. Zautomatizované úkony dětí a dospělých se liší. U dětí se můžeme často setkat s přenášením peřiny na jiná místa, rozhazování a přemísťování věcí, chození do ložnice rodičů, mikci mimo toaletní mísu, nebo ustlání si a usnutí mimo postel. Ohrožující jsou pokusy o otevírání oken, vypadnutí z nich, nebo snaha o to, odejít z obydlí ven. U dětí je navíc stav doprovázen častým mluvením. Pokud neprobíhá náměsíčná epizoda v klidu, úkony a řeč jsou agresivní. To se stane ve chvíli, je-li dítě podrážděné či rozrušené. Ojedinelé epizody se objevují u 1–5 % dětí mezi 4–8 rokem v celé populaci.

Ochranná opatření a léčba většinou není nutná, závažných případů není totiž mnoho. Je dobré obeznámit rodiče s tím, že porucha je jen přechodná a s věkem

s největší pravděpodobností odezní. To je i jeden z důvodů, proč není v nízkém věku léčena. Při vyšší pohybové aktivitě postiženého, by se měli zajistit bezpečnostní opatření (schodiště, okna, dveře), nebo dohled (pohybové senzory). Dítě by mělo dodržovat správný spánkový režim a pokud možno se vyvarovat spánkové deprivaci. Také je možnost si zapisovat, v kolik hodin se náměsíčnost obvykle objevuje. Potom stačí dítě probudit 20 minut před tím, než mu začne epizoda. Dítě se v té chvíli bude nacházet na začátku spánkového cyklu, po probuzení je dobré mu dát napít a opět ho uložit. Aplikace tohoto postupu 10 nocí po sobě v třetině případu pomůže poruchu plně odstranit. Pokud by byly hlavním důvodem onemocnění psychogenní faktory, je nutné vyhledat odbornou pomoc psychologa či psychiatra. V ojedinělých případech se používají k léčbě benzodiazepiny. Osvědčily se jako velmi účinné a efektivní co se týče chronických a zdraví ohrožujících stavů. Pokud se najde přidružená porucha k náměsíčnosti, je nutné ji neprodleně řešit (Wiseman 2014, s. 123, 124), (Příhodová 2013, s. 94, 95, 99, 100) a (Borzová a kol. 2009, s. 96).

#### **2.4.2 Náměsíčnost u dospělých**

U dospělých bývá četnost výskytu somnambulismu jen 2–4 %. V dospělosti vykonáváme více úkonů než jako děti. V dětství s nějakými úkony nepřijdeme do styku a nemáme je tedy podvědomě zautomatizované. Proto může být v dospělosti náměsíčnost nebezpečnější než u dětí v tom, že se člověk pokusí během epizody somnambulismu například řídit auto (jakožto činnost, kterou v plném vědomí dokáže vykonávat automaticky). Najdou se i případy, kdy lidé vraždili během náměsíčnosti své blízké, nebo spáchali sebevraždu (Příhodová 2013, s. 95), (Plháková 2013, s. 104).



### **3. Teorie vzniku náměsíčnosti**

Bylo by možné najít více teorií, než je zde uvedeno. Vybrány byly pouze ty, které mi přišly důležité, více pravděpodobné, zajímavé a podložené či nepodpořené výzkumy.

#### **3.1 Organické teorie**

##### **1. Teorie Rosalindy Cartwrightové**

Rosalind Cartwright (2004, s. 1149–1158) uvádí teorii, považující za hlavní příčinu somnambulismu narušení delta spánku, ale z odlišného pohledu, než je tomu u jiných teorií. Pojednává o snížení množství delta aktivity, to by mělo způsobit rozkol ve spánkové stabilitě. Došlo by k mírnému (neúplnému) probuzení jedince a s tím ke spuštění základních sebezáchovných motivů, jež jsou převážně nevědomé (útok a útěk v případě nebezpečí, přijímání potravy, sexuální chování atd.). A právě proto že nevědomé pohnutky byly spuštěny již v NREM fázi spánku, nejsou v REM fázi zpracovány ve sny anebo uloženy do paměti. Takto se ale promítnou do průběhu náměsíčných epizod.

Nedostatek pomalých spánkových vln (delta vln) by tedy způsobil zhroucení spánkové struktury, a to by se projevilo náměsíčností. Během té by se jedinec choval podle scénáře snů, jež se měly původně promítnou do jeho REM fáze, ke které nedošlo kvůli rozkolu spánkové stability.

##### **2. Teorie Sudhanse Chokrovertyho**

Chokroverty (2009, s. 303) podporuje hypotézu, že velkou roli v této problematice hraje genetika. Jako další možnou příčinu uvádí hormonální nerovnováhu v souvislosti se dvěma transmitery. Konkrétně se jedná o serotonin a dopamin.

Pokud by došlo k nerovnováze těchto dvou hormonů, ovlivnilo by to cyklus spánku a bdění. Serotonin je pro spánek a jeho regulaci důležitý. Dopamin je naopak důležitý pro bdění. Pokud by například nebyl vylučován dostatek serotoninu, spánek by mohl být nestabilní a mohlo by docházet k různým problémům, nebo jevům jako je náměsíčnost. Nedostatek dopaminu může zase způsobit poruchu REM spánku. Pokud bychom ho tedy měli příliš málo, přechod z NREM fáze do REM fáze by se tedy nemusel zdařit a namísto toho by mohl nastoupit somnambulický stav.

## **3.2 Neorganické teorie**

### **3. Teorie Carla Ludwiga von Reichenbacha**

Reichenbach (1860, s. 18-33, 78-88) chemik a objevitel parafínu přichází v 19. století s jednou z prvních teorií o náměsíčnosti. Byl přesvědčen, že somnambulismus je zapříčiněn působením měsíce a energie. Dále jako nezbytný předpoklad pro náměsíčnost uvádí vysokou citlivost jedince na různé vlivy. Podporuje také myšlenku, že příčinou by mohla být změna teploty v prostředí kde se snící nachází. A to vždy jen taková, kdy dojde k ochlazení vzduchu, a tedy k poklesu teploty. Například pokud je horká letní noc a přijde bouřka, nebo i jen samotný déšť, či změna větru. Za vlivné považuje i krystaly, které by mohly spícího v jeho blízkosti svou negativní polaritou ovlivňovat. V případě, že by k němu negativní póly směřovaly. Do této problematiky řadí i magnety, které by měly mít stejný efekt, pokud bychom je k náměsíčnému otočili jejich severním pólem. K dalším možným faktorům řadí elektrinu, světlo a živé organismy (především květiny a lidi).

Myslí si, že je k náměsíčnosti přistupováno špatným způsobem. Podle něj bychom se jí měli snažit pochopit jinak než neurologicky, fyziologicky a celkově vědecky. Na základě toho si myslí, že je její opravdová příčina doposud neznámá a stále nám uniká, protože hledáme špatné otázky na odpovědi, jež jsme dostali.

## **3.3 Kombinované teorie**

### **4. Teorie Grzegorze R. Juszcaka a Artura H. Swiergiela**

Autoři Juszcak a Swiergiel (2005, str. 28-31) zastávají názor, že příčinou je vychýlení delta spánku z rovnováhy vlivem hormonů. K tomu navíc dodávají, že dojde zároveň k aktivaci primitivních stereotypních motorických projevů a chování v úrovni kmenových center. Autoři uvádí ještě další faktory, které pravděpodobně přispívají k vzniku poruchy, jsou jimi genetické predispozice, projevující se především v období mladšího školního věku. Dále mezi faktory řadí: spánkovou deprivaci, nepravidelný režim spánku a bdění, různé vnější podněty (zrakové – světlo, taktilní, sluchové – hluk), vnitřní podněty (akutní fyziologické potřeby), jiné poruchy spánku (poruchy dýchání ve spánku), nebo somatická onemocnění a psychické faktory.

Vznik jevu tedy popisují tak, že je stabilita delta spánku narušena. V reakci na to je spuštěno probouzení. Tělo ovšem nedokáže přejít do lehčího NREM spánku 1. až

2. stadia, ani dojit k plné bdělosti. Proto dojde k rozštěpenému probuzení, kdy se jedinec nachází mezi bděním a spánkem. Příčina narušující stabilitu delta spánku by měla spočívat ve zpomalení nevyzrálých kortikálních GABA-ergních a serotoninergních struktur. Dochází k inhibici neuronů a vylučování serotoninu, ze kterého je tvořen melatonin (hormon spánku). Není ho tedy dostatečná míra pro to, aby jedinec nadále spal, ale zůstává stále postačující míra, díky níž se zcela neprobudí.

### **5. Teorie Marka R. Pressmana**

Podle Pressmana (2007, s. 5–29) musí být splněno více faktorů najednou, aby mohla náměsíčnost vzniknout. Mluvíme zde o dědičných, přípravných a vyvolávajících faktorech. Pokud by jeden z nich chyběl, somnambulický stav by neměl nastat. U dědičných faktorů se jedná o genetiku a přítomnost náměsíčnosti v rodinné anamnéze. K přípravným faktorům patří ty, které prohlubují a prodlužují spánek, nebo naopak ty co způsobují časté probouzení ve spánku. To jsou spánková deprivace, věk, situační stres a alkohol. Mezi vyvolávající faktory řadí, hluk, doteky a poruchy dýchání vázané na spánek. Vyvolávající faktory samy o sobě nejsou příčinou somnambulických stavů. Jsou považované pouze za jejich spouštěč.

Pokud by byly přítomny prvky všech třech kategorií během spánku, somnambulismus by se měl projevit. Musely by tedy být splněny genetické předpoklady, podpořené například spánkovou deprivací a vyvolané hlukem či jiným rušivým elementem.

### **6. Teorie Claudia L. Bassettiho**

Bassetti (2009, s. 108-117) zastává podobné rozdělení faktorů mající vliv na tuto poruchu jako předešlá teorie Pressmana. Příčinu vidí v genetice, vývoji jedince, somatických a psychologických aspektech. Dále se také přiklání k vlivu zmnožených pomalých spánkových vln, které se mohou objevit po spánkové deprivaci.

Etiologické faktory tedy rozděluje na: predispozice, spouštěče, duševní a neurologické. Predispozice – pokud má někdo v rodině tuto poruchu, bude ji pravděpodobně mít i jeho potomek. Stejně tak je to u dvojčat. Pokud má jedno z jednovaječných dvojčat somnambulismus, u druhého se pravděpodobně také projeví. Duševní a neurologické: duševní poruchy mohou být v úzkém spojení s lidmi trpícími somnambulismem. Mluvíme o schizoidních, obsesivních, kompulzivních, úzkostných, fobických a depresivních symptomech, jež byly nalezeny u náměsíčníků.

Psychopatologie a náměsíčnost může být tedy propojena, stejně tak některé poruchy centrálního nervového systému. A to pro upřesnění: mrtvice, encefalitida, úrazy hlavy, Tourettův syndrom, hypertyreóza a migrény. Do spouštěčů řadí poruchy narušující spánek: poruchy dýchání vázané na spánek, syndrom neklidných nohou, periodické pohyby končetinami a také vnitřní a vnější stimuly. Dále to může být horečka, alkohol, psychický stres a různé medikace (zolpidem, neuroleptika, thioridazin, stimulanty, antidepressiva, antihistaminika a lithium).

## 4. Porovnání teorií vzniku náměsíčnosti

### 4.1 Tabulka porovnání možných příčin vzniku

<b>Příčinné faktory podle teorie</b>	<b>1.Teorie Rosalindy Cartwrightové</b>	<b>2.Teorie Sudhanse Chokrovertyho</b>	<b>3.Teorie Carla Ludwiga von Reichenbacha</b>
Dědičnost	neuvádí	rozhodující	neuvádí
Hormonální změny	neuvádí	rozhodující	neuvádí
Živé organismy (květiny, lidé)	neuvádí	neuvádí	podporující
Narušení delta spánku	rozhodující	neuvádí	neuvádí
Spánková deprivace	neuvádí	neuvádí	neuvádí
Věk	neuvádí	neuvádí	neuvádí
Návykové látky	neuvádí	neuvádí	neuvádí
Léky	neuvádí	neuvádí	neuvádí
Nepravidelný režim spánku a bdění	neuvádí	neuvádí	neuvádí
Vnější podněty (světlo, hluk, doteky, změna teploty prostředí, měsíc, elektřina, krystaly, magnety)	neuvádí	neuvádí	podporující (světlo, změna teploty prostředí, měsíc, elektřina, krystaly, magnety)
Vnitřní podněty (fyziologické potřeby, horečka)	neuvádí	neuvádí	neuvádí
Somatická onemocnění	neuvádí	neuvádí	neuvádí
Neurologická onemocnění	neuvádí	neuvádí	neuvádí

Poruchy spánku	neuvádí	neuvádí	neuvádí
Psychická onemocnění	neuvádí	neuvádí	neuvádí
Psychické faktory	neuvádí	neuvádí	neuvádí
Citlivost jedince	neuvádí	neuvádí	rozhodující
<b>Příčinné faktory podle teorie</b>	<b>4.Teorie Grzegorze R. Juszcza a Artura H. Swiergiela</b>	<b>5.Teorie Marka R. Pressmana</b>	<b>6.Teorie Claudia L. Bassettiho</b>
Dědičnost	rozhodující	rozhodující	rozhodující
Hormonální změny	rozhodující	neuvádí	neuvádí
Živé organismy (květiny, lidé)	neuvádí	neuvádí	neuvádí
Narušení delta spánku	rozhodující	neuvádí	podporující
Spánková deprivace	podporující	podporující	neuvádí
Věk	neuvádí	podporující	neuvádí
Návykové látky	neuvádí	podporující (alkohol)	spouštěč (alkohol)
Léky	neuvádí	neuvádí	spouštěč
Nepravidelný režim spánku a bdění	podporující	neuvádí	neuvádí
Vnější podněty (světlo, hluk, doteky, změna teploty prostředí, měsíc, elektřina, krystaly, magnety)	podporující (světlo, doteky, hluk)	spouštěč (hluk, doteky)	spouštěč

Vnitřní podněty (fyziologické potřeby, horečka)	podporující (fyziologické potřeby)	neuvádí	spouštěč
Somatická onemocnění	podporující	neuvádí	neuvádí
Neurologická onemocnění	neuvádí	neuvádí	podporující
Poruchy spánku	podporující	spouštěč	podporující
Psychická onemocnění	neuvádí	neuvádí	podporující
Psychické faktory	podporující	podporující (stres)	spouštěč
Citlivost jedince	neuvádí	neuvádí	neuvádí

## 4.2 Diskuse a výzkumy

### Rozhodující faktory

Jak můžeme vidět v tabulce, nejvíce zastoupeným faktorem v této kategorii je dědičnost. Genetické predispozice jsou jako faktor podpořeny i mnoha výzkumy jako například Schenckem (2008, s. 104), který je považuje za jednu z hlavních příčin. Podle něho rozhodne o náměsíčnosti u 65 % pacientů. Výskyt somnambulismu v rodinné anamnéze může být dobrým prediktorem, zdali se u daného jedince projeví či nikoliv. Myšlenku podporují i jiní autoři, jsou zde ale viditelné rozdíly v názoru na míru vlivu dědičnosti. Například Borzová a kol. (2009, s. 96) uvádějí dědičnost s jistotou jako jeden z hlavních vlivů. Wiseman (2014, s. 118) přichází se zjištěním, že jen 30 % náměsíčných má příbuzného, který v minulosti byl nebo stále je náměsíčný. Naproti tomu Zadra a kol. (2013, s. 286) udávají 80 % jako počet jedinců mající minimálně jednoho člena rodiny, u kterého se somnambulismus vyskytuje nebo vyskytoval. Zadra a Pilon (2012, s. 11) uvádí ve své odborné publikaci také výzkum četnosti výskytu náměsíčnosti u dvojčat. Do výzkumu se zapojilo 300 párů dvojčat. Bylo zjištěno, že u jednovaječných dvojčat se náměsíčnost projevuje u obou šestkrát více než u dvouvaječných dvojčat. Já genetiku jako velmi důležitý ne-li rozhodující faktor podporuji, neboť mám se somnambulismem zkušenosti a mám členy rodiny u kterých se také projevil.

Na stejné úrovni se umístily faktory hormonální změny a narušení delta spánku. Tyto dva faktory by spolu podle teorií 2. a 4. mohly souviset. Dále byly také zmíněny psychické faktory stres a úzkost, které bychom podle tabulky mohli považovat spíše za podporující vlivy než za hlavní příčinu. Pravděpodobně také záleží, jak starý je jedinec jimi ovlivněný, neboť podle Příhodové (2013, s. 97) hrají v somnambulismu u dospělých psychické faktory daleko větší roli než u dětí. K vlivu stresu a úzkosti doplňuje ještě potlačované emoce a psychická traumata.

Poslední uvedenou rozhodující složkou je vyšší citlivost jedince. Toto tvrzení pravděpodobně není možné změřit či jakkoliv ověřit, ale to je právě to na co dává autor 3. teorie důraz. Podle něj bychom měli k náměsíčnosti přistupovat jinak, a to ne jako k poruše a předmětu vědeckého výzkumu. Náměsíčnost by tedy poté nebyla porucha, ale jen schopnost některých z nás reagovat, nebo vnímat vlivy jež ostatní neregistrují. Schopnost silnější intuice a naladění na okolí a lidi.

### **Podporující faktory**

Z nejvíce zastoupených sem patří spánková deprivace. Borzová a kol. (2009, s. 96), Wiseman (2014, s. 119) a Schenck (2008, s. 104) ji přikládají velký význam. Zadra a Pilonem (2012, s. 15) zmiňují ve své práci výzkumy, které z větší části potvrdily, že spánkový deficit způsobuje častější výskyt epizod. Příkladem je výzkumná skupina vytvořena ze 40 participantů, kteří během života často zažívali stavy somnambulismu. Byli nejprve pozorováni při jejich běžném spánku. Poté byli vystaveni 25 hodinám beze spánku. Po usnutí se u 36 z nich somnambulismus projevil během jedné noci čteněji. Nedostatek spánku se tedy ukázal jako velmi vlivný faktor. Také se ukázalo, že četnost náměsíčných epizod podpořena spánkovou deprivací nejspíše hodě závisí na míře deprivace a počtu hodin jedince beze spánku.

Do této kategorie patří také vnější faktory, které jsou zároveň označovány za spouštěče poruchy. V teoriích bylo nejvíce zmiňováno světlo, najdeme ale i jiné vlivy. Podle Schencka (2008, s. 105) je to například cestování, spánek mimo domov a menstruace. Stejně zařazení podporujícího faktoru a současně spouštěče mají poruchy spánku. Dále zmiňuje výzkum, poukazující na úzké spojení mezi poruchami dýchání vázanými na spánek (příkladem je obstrukční spánková apnoe) a náměsíčností. Somnambulismus se považuje za jejich sekundární doprovodné onemocnění, protože



ve chvíli kdy byly poruchy dýchání pod kontrolou, náměsíčnost zmizela. Náměsíčnost bývá také spojována s nočními děsy a noční enurézou.

Návykové látky především alkohol a vnitřní faktory řadíme současně také do spouštěčů. Podle informací získaných z: [https://www.prospanek.cz/blog/poruchy-spanku-cast-4-parasomnie/?fbclid=IwAR1s9gBaAjgzvRTXXjm7QFI5IJfyqYP\\_daLfp\\_yvnr6FjpfJte58PVtd0IQ](https://www.prospanek.cz/blog/poruchy-spanku-cast-4-parasomnie/?fbclid=IwAR1s9gBaAjgzvRTXXjm7QFI5IJfyqYP_daLfp_yvnr6FjpfJte58PVtd0IQ) pití alkoholu před spaním není prospěšné. Alkohol způsobí, že je spánek povrchnější, nastane tedy problém dostat se do hlubokého delta spánku. Pro mozek je v opilosti také obtížné přecházení mezi jednotlivými stadii spánku.

Mensší počet zastoupení měly živé organismy, věk, nepravidelný režim spánku a bdění, somatická, neurologická a duševní onemocnění. Ve spojení somnambulismu a psychických poruch jsou tvrzení výzkumů rozporuplné. Zatímco Wiseman (2014, s. 124) píše, že u depresivních pacientů se objevuje náměsíčnost 3x více než u pacientů bez této diagnózy, Harris a Grunstein (2009, s. 295-297) nepotvrzují přímé spojení mezi náměsíčností a duševními poruchami. A z výzkumu Zadry a kol. (2013, s. 286, 289, 290) vyplývá, že 25 % dospělých jedinců trpících náměsíčnictvím mělo zároveň úzkostnou poruchu, nebo poruchu nálady. Většina náměsíčných tedy neměla ve své historii žádnou psychiatrickou diagnózu a netrpěla závažnou psychopatologií. Chronický somnambulismus tedy nespojuje s vývojem psychopatologických poruch.

### **Spouštěče**

Většina spouštěčů je považována i za posilující prvky poruchy. Čistě jen za spouštěč je udávána medikace a psychické faktory. Duševních vlivů bychom našli více, než bylo zmíněno: vyčerpání, extrémní přetěžování, duševní rozlada a potlačování emocí. Pokud se zaměříme na léky, nejčastěji zastoupený ve spojení se somnambulismem je zolpidem, píšou o něm Harris a Grunstein (2009, s. 297) a také Schenck (2008, s. 105), který dává za příklad případ pacientky užívající zolpidem kvůli léčbě insomnie. Žena začala mít náměsíčné epizody, i když se u ní předtím nikdy neobjevily. Po vysazení medikace symptomy zmizely.

### **4.3 Zamyšlení**

Jako faktor podporující náměsíčnost byla uvedena i menstruace (Schenck 2008, s. 105). Ve spojení se spánkem bych souhlasila, že by mohl cyklus zhoršovat kvalitu spánku díky bolestem hlavy, podbřišku, křečím apod. Také dochází ke změně

hladiny hormonů. Mluvíme ale o hormonech, které se spánku pravděpodobně nijak zvlášť netýkají. Proto bych tedy v tomto případě neviděla propojení s poruchou spánku. Další možný spouštěč či příčina, která souvisí s hormonálními změnami a je uváděna jako zdroj některých spánkových poruch je hypertyreóza. Ta způsobuje, že štítná žláza produkuje větší množství hormonů, než organismus potřebuje (Informace jsem získala z webových stránek Vitalion: <https://nemoci.vitalion.cz/hypertyreoz/>). Také tedy dochází ke změně hladiny hormonů, což má vliv na metabolismus a biorytmus jedince, tedy i na spánek. Mohla by ovlivňovat jeho průběh, a tedy i zapříčinit, nebo podpořit výskyt náměsíčnosti. Mohlo by dojít k něčemu podobnému jako v úvaze o nevyzrálých neuronálních strukturách. Tam dochází k příliš nízkému vylučování serotoninu a nedostatku histaminu či dopaminu a tím k neurčitému stavu mezi spánkem a bděním – náměsíčnosti. K tomu mě napadla úvaha o tom, zda by tento stav mohlo způsobit jen obyčejné světlo bez toho, aniž by bylo narušené vylučování hormonů, jako u hypertyreózy nebo u věkem nevyzrálých struktur. Světlo bylo uvedeno jako jeden z faktorů pozitivně ovlivňujících toto onemocnění. Mohlo by se tedy v případě, že na nás bude svítit umělé světlo v určité míře stát, že dojde k většímu vylučování hormonů podporujících bdění a méně spánkových hormonů. Otázka je, jestli je něco takového vůbec možné. Zdali by naše tělo mohlo reagovat takto přecitlivěle na světlo.

Když se ještě na chvíli vrátím k hormonům a jejich vlivu na poruchu, napadá mě otázka k 4. teorii. Autoři předpokládají, že nevyzrálost kortikálních GABA-ergních a serotoninergních struktur je příčina poruchy u dětí. Našlo by se tolik případů s takto nevyzrálou strukturou trpící somnambulismem?

Je poněkud zvláštní, že tato porucha nemá žádný následný dopad a nezanechává měřitelné stopy v organismu. Potvrzují to vyšetření lidí s náměsíčností, důležitá například při prokázání jejich nevinny kvůli vraždám spáchaných při náměsíčných epizodách. Což je poměrně těžké, protože se zpětně náměsíčnictví nedá biologicky dokázat. To mohu i sama potvrdit. Jako jedinec zažívající občasné epizody nemám pocit, že by mě nějak organicky postihly.

U návykových látek souhlasím a jsem přesvědčena o tom, že mohou přispívat k výskytu poruchy. Přece jen máme změněný stav vědomí, vnímání, prožívání atd. Mozek je stimulován látkou, kterou se tělo snaží odbourat. Je to tedy logické,

ovlivňuje-li to kvalitu spánku a fungování mozku během jednotlivých stadií. Nepřekvapuje mě proto problém s přechodem v jiné stadium spánku nebo jsou-li jednotlivá stadia nějak narušena. Nerozumím ale, proč by měl být problém přejít z delta spánku do lehčích NREM stadií a následně do REM fáze, protože alkohol by měl způsobit, že je velmi obtížné dostat se během spánku do delta stadií. A pokud se člověk do delta spánku nedostane, zůstává tedy v mělkých úrovních. Pak ale nemůže narušení delta spánku nastat a způsobit epizodu. A naopak možná je právě to ten problém. Není schopný se dostat do hloubky, a tak setrvává jen v oblasti lehčích NREM stadií. Potom by mohlo být snadné nechat se ze spánku vyrušit, způsobit tím přetrhnutí jeho kontinuity a přejít do náměsíčného stavu.

Také mě zaujala hypotéza, že by mohl být faktorem i věk. Ten byl jako podporující faktor zmíněn pouze jednou v 5. teorii. Mohl by mít ale větší vliv, než mu přikládáme? Společně se stárnutím jedince klesá i kvalita spánku, a to právě NREM stadií. Náměsíčnost je ovšem nejčastěji zastoupená a typická pro věkovou kategorii předškolního a mladšího školního věku. To vylučuje, že by stáří mohlo být hlavní příčinou a spánkovým narušitelem. Možná bychom to mohli vzít v úvahu u jedinců v pozdní dospělosti. Příkladem je první z níže zmíněných kazuistik, kde je náměsíčníkem starý muž.

Co se týče práce samotné, nachází se na rozhraní psychologie a neurologie. To má vliv na to, jak moc jsem byla schopna proniknout do problematiky z hlediska neurologie a v práci mohou tedy být nedostatky. Vzhledem k tomu, že nejsem student medicíny ani lékař, nedokázala jsem pochopit, či získat a přinést více informací, než kolik v práci je.

## 5. Kazuistické příklady

Přidávám zde několik kazuistik. Půjde mi důležité je zmínit pro představu, kam až může náměsíčný jedinec nevědomky zajít. Jako poslední dvě uvádím své vlastní. První patří k těm neobvyklým, druhá je naopak spíše ukázkou toho, jak může vypadat většina případů somnambulismu.

15.7 2008 dorazili staří manželé do vesnice Aberporth v Anglii, bylo deset hodin večer. Vyjeli si na dovolenou v karavanu, který nyní zaparkovali na okraji vesnice a šli spát. Zatím co usínali, začaly se z venku ozývat rušivé zneklidňující zvuky. Byla to skupina pubescentů, která schválně protáčela kola svých aut a byla hlučná. Starý muž se naštvál a rozhodl se přejet s autem na jiné parkoviště, kde se znovu uložili se ženou ke spánku. V noci se muži zdálo, že se jeden z pubescentů snaží potichu vkrást do karavanu. Vrhł se tedy na něho a v zápasu narušitele uškrtil. Když se ráno probudil, zjistil, že žádný narušitel v karavanu nebyl, místo něj uškrtil svou ženu. Muž byl následně souzen a během procesu vyšetřován na poruchy spánku. Případ byl uzavřen s tím, že muž byl náměsíčný a při oné osudné epizodě měl silný pocit ohrožení. Proto měl potřebu se bránit a zabil svou ženu. Navíc bylo zjištěno, že náměsíčné epizody zažíval už roky před touto událostí. Doma kvůli tomu měli i separované ložnice. Nikdy se ovšem oficiálně s touto poruchou neléčil. Na základě toho byl zproštěn obžaloby a prohlášen za nevinného (Wiseman 2014, s. 114, 115, 116).

Zabíjení během náměsíčnosti se objevilo znovu u jednoho muže. Ten v jednom ze svých stavů odjel autem do domu rodičů své manželky. Svého tchána uškrtil a tchýni ubodal nožem. Následně se ze stavu probudil a když viděl co udělal, jel na policejní stanici. Na nic z toho si však nevzpomínal. Strávil pět let ve vězení, poté byl propuštěn s tím, že při svém konání nebyl při vědomí. Tyto případy mohou být těžké k řešení. Náměsíčnost je totiž velmi obtížné prokázat. Nelze po odeznění jejího stavu naměřit žádné změny v krvi, nervové soustavě ani v mozku (Dostupné z webových stránek: <https://www.national-geographic.cz/clanky/kdyz-namesicni-vrazdi-myty-o-somnambulismu-maji-pravdu.html?fbclid=IwAR2chH-4sfXjjGLPKJ0Rks9W4ztAhsjdoe11ADrvtoEjGgsldSZNaF4p8-I>).

Jsou zde i případy, kdy se objevilo sebedestruktivní či sebevražedné chování v somnambulismu. Je znám příběh muže, jenž mlátil pěstmi do zdi, až mu z nich tekla

krev a nepřestal, dokud ho někdo nezastavil. U toho se široce usmíval, pravděpodobně nevnímal bolest. Jiný muž ve Wisconsinu vyšel v noci ven pouze ve spodním prádle a tenké košili. Venkovní teplota byla hluboko pod bodem mrazu. Zemřel na podchlazení. Zaznamenáno je i mnoho případů vypadnutí z okna během náměsíčnosti s těžkými následky od zlomenin až po kóma a smrt (Wiseman 2014, s. 124).

Dalším z případů je příběh o patnáctileté dívce spící na rameni jeřábu. Všimli si jí kolemjdoucí. Dívka bydlela nedaleko staveniště, kde se jeřáb nacházel. Bez svého vědomí se sama dostala až na jeho rameno a tam se znovu pohroužila do spánku. S pomocí hasičů ji dostali dolů (Wiseman 2014, s. 110).

Na druhou stranu setkání s náměsíčníkem může být i veselým zážitkem. Dokazuje to příběh jednoho páru. V březnu 2005 probudil spící ženu hluk přicházející ze zahrady. Její muž vedle ní nebyl. Šla se tedy podívat co se děje. Vyšla ven a uviděla svého manžela úplně nahého, jak seká zahradu elektrickou sekačkou na trávu. Věděla, že není dobrý nápad snažit se ho probudit, protože její manžel míval náměsíčné epizody často. Vypojila tedy jen sekačku ze zásuvky a šla si lehnout. Muž se k ní po chvíli vrátil, lehl si do postele a usnul. Poté ho žena probudila a vyprávěla mu, co se stalo, on si na nic nepamatoval. Chodidla špinavá od hlíny a skoro celá posekaná zahrada byly však dobrým důkazem (Wiseman 2014, s. 109, 110).

V dalším příběhu se setkáváme s jednadvacetiletým mužem, svobodným, pracujícím na poště. Jeho otec zažíval opakované stavy somnambulismu v dospělosti stejně jako jeho babička. Matka měla ojedinělé epizody. Jeho sestry měly epizody také, k tomu ještě mluvily často ze spaní. Muž se chtěl léčit ze somnambulismu. Navíc kromě toho trpěl i poměrně dlouho noční enurézou, nočními můrami a nočními děsy. Noční děsy zažíval do 7 let. Noční můry od 7 do 12 let a nočním pomočováním trpěl až do svých 14 let. Somnambulismus se u něho objevil, když mu bylo 7 let. Místo toho, aby se stavy vytrácely, stále se stupňovaly. Do 14 let to stouplo na 2 až 3 epizody za týden, a zatímco noční enuréza ustupovala, náměsíčnost sílila. Mimovolní mikce ustoupila díky tomu, že vždy když mu začala náměsíčná epizoda, první co udělal bylo, že si došel na záchod. Následně potom vykonával další aktivity. Ty byly pokaždé jiné, bohužel při nich docházelo často k fyzickému zranění. Budil se s pořezanýma rukama, obličejem, tělem, nebo měl otřes mozku. Z jeho výpovědí se ukázalo, že jednal podle jednoduchých snů, které se mu během epizod zdály. A tak zatímco si myslel, že jede

na kole po pěší cestě, proběhl oknem. Sklouzl z postele hlavou proti podlaze, protože snil o tom, že skočil do bazénu a plave závod. Somnambulismus se u něho projevil nezávisle na tom, jestli spí doma, u svých kamarádů, nebo v hotelu. Po požití alkoholu spal normálně a porucha se neprojevila (Edmonds 1967, s. 237-239).

Jeden z méně mrazivých a nebezpečných příběhů je případ ženy posílající e-maily během svých epizod. Žena užívala zolpidem po dobu šesti měsíců, během toho měla několikrát do týdne somnambulické epizody. Jednoho dne ji zavolal její přítel a sdělil ji, že přijde moc rád na večeři, na kterou ho pozvala. Žena si na nic takového ale nepamatovala. Podívala se tedy do své e-mailové schránky. Zjistila, že asi hodinu a půl po tom, co šla předešlou noc spát, napsala tři špatně formulované a velice podivné e-maily, jestli k ní její přítel přijde na večeři. Na nic z toho si nevzpomínala. Po tom, co zolpidem vysadila, stavy opět odezněly (Schenck 2008, s. 105).

Jako poslední bych se chtěla podělit o svoji vlastní zkušenost s touto poruchou. Nikdy mi nebyla diagnostikována a v životě mě neomezovala, proto jsem neměla potřebu ji léčit. Jediná příhoda, která mě vyděsila byla, když jsem se asi jako jedenáctileté dítě probudila a měla za nehty a na prstech hlínu. Nevím, co se v noci stalo, ale myslím, že jsem pravděpodobně vyšla ven z domu. Dveře byly odemčené. Od té doby se už nic podobného nestalo. Dnes se mé epizody omezily jen na to, že se posadím na postel do tureckého sedu. Oči mám otevřené do široka a rozhlížím se kolem sebe. Někdy i mluvím, ale není mi rozumět. Některá slova a věty ani nedávají smysl. Někdy se zvednu a chodím po posteli, poté si opět lehnu a dál spím. Na nic z toho si nevzpomínám. Vím to jen díky svému partnerovi, který byl přítomný u toho, když se epizoda objevila. Po probuzení jsem se nikdy necítila jinak, nemám pocit, že by na mě náměšičnost měla nějaký (negativní) dopad.

## 6. Závěry z porovnání teorií

Vzhledem k výzkumům a četným informacím o tom, že genetika hraje v této problematice velkou roli myslím, že je určitě jedním z hlavních faktorů. Dále bych jako potencionální příčinu zvažovala jakékoliv narušení delta spánku, které se několikrát potvrdilo jako vlivné. Ať už jde o nevyzrálou určitých struktur danou věkem, vliv hormonů či abnormalitu delta vln.

Dostáváme se k tomu, kolik příčin vlastně somnambulismus má? Já se osobně kloním k variantě, že je pravděpodobně malý počet hlavních příčin a zbylé vlivy jsou jen spouštěči, nebo podpůrci stavu. Vzhledem k výzkumům zastávám názor, že velký vliv jako spouštěč by mohla mít spánková deprivace, návykové látky a léky. Náměsíčnost bych v případě paralelní přítomnosti duševní poruchy brala jako sekundární onemocnění, stejně jako bych ho tak určitě brala i u somatických onemocnění, které může doprovázet. Tím myslím spánkovou apnoei.

Stres, strach a úzkost podle mě může mít velký vliv, zvlášť když vezmu v úvahu, že někteří lidé jsou na určité vlivy citlivější než jiní. Kdybychom zapomněli na vědu, výzkumy, neurobiologii a všechna fakta, mohli bychom se vrátit zpátky k úplně první úvaze. Měsíc může mít vliv na náš spánek zvlášť na vnímavější, intuitivnější a citlivější jedince. A proč by také nemohl, když jeho vlivem je řízen odliv a příliv mořské vody, nebo kdy se mají zalévat květiny. Vezmu-li v úvahu, že mezi vlivy u náměsíčnosti byla zmíněna i menstruace, která je cyklus, jako je také cyklus měsíce na obloze a cyklus cirkadiálních rytmů člověka. Objevuje se zde tedy periodicitu. Také víme, že náměsíčnost se nejvíce vyskytuje u dětí a děti bývají na tyto věci vnímavější než my dospělí. A je možné, že tuto schopnost a spojení pomalu s věkem ztrácí. Všechny tyto věci by mohly být propojeny a mít na sebe vliv. Je tedy náměsíčnost opravdu poruchou, nebo jen výjimečnou vlastností? Přece jen je toho mnoho, co ještě nevíme, a některé věci jsou tak neuchopitelné, že jim možná ani nikdy rozumět nebudeme.

## Souhrn

Bakalářská práce se zabývala porovnáním a hledáním nejpravděpodobnějších příčin způsobujících vznik náměsíčnosti. V práci jsem nejdříve definovala důležité pojmy související se somnambulismem. Zde je uveden i popis náměsíčnosti, jež je následně rozdělen na náměsíčnost u dětí a náměsíčnost u dospělých. Dále jsem uvedla a kategorizovala odlišné teorie náměsíčnosti od různých autorů, které byly rozděleny na organické, neorganické a kombinované. V další kapitole jsem teorie vzájemně porovnávala pomocí tabulky a popsala míru zastoupení jednotlivých položek k nimž jsem připojila i výzkumy podporující, nebo vylučující jejich vliv. Položky jsem rozdělila na rozhodující a podporující prvky a spouštěče. Kapitola je zakončena mými vlastními úvahami o možných spouštěcích a jejich vlivech vzhledem k získaným informacím o náměsíčnosti, spánku, spánkových stádiích, spánkové deprivaci a spánkových hormonech.

Výsledky získané z tabulky jsem také propojila s kazuistickými příklady, které jsou uvedené v následující kapitole. Kromě toho mají tyto příklady přiblížit a nastínit, jak nebezpečný somnambulismus může být a na druhou stranu že může jít pouze o veselou příhodu. Práce je zakončena závěrem vycházejícím z porovnání teorií, kde zmiňuji pravděpodobně nejvíce vlivné faktory a také úvahu o nazývání somnambulismu poruchou spánku a o zamyšlení se nad tím, jestli není pouze výjimečnou schopností některých z nás.

Na základě výsledku, že nejvlivnějším faktorem jsou genetické predispozice, bych v případě potřeby zjištění zdali se u některého jedince náměsíčnost vyskytne či nikoliv, zjistila rodinnou anamnézu a výskyt somnambulismu v rodině. Pokud by se v rodině vyskytoval, mohli bychom ho předpokládat i u vyšetřovaného jedince. V případě spánkově deprivovaných jedinců bych čekala projev somnambulických epizod pouze, pokud mají zároveň výše zmíněné genetické predispozice a stejně tak bych to vnímala i u vnějších rušivých faktorů (světlo, hluk). Mezi spouštěči byl i výzkumy potvrzený lék zolpidem u jehož uživatelů bychom tedy projevy epizod mohli očekávat, po vysazení by měly samy odeznít.

Dalším výsledkem je delta spánek a jeho abnormality jež by mohly mít na somnambulismus vliv. Je zde více úhlů, ze kterých bychom se na tuto problematiku mohli dívat, a to z pohledu hormonální nerovnováhy, nebo narušení delta vln. V obou



případech si myslím, že by bylo vhodné se na tyto vlivy zaměřit ve výzkumu. V případě hormonů bych se soustředila na odlišnou míru vylučování hormonů důležitých pro spánek (serotonin) a to jak u dětí, kde by mělo být způsobeno nevyzrálostí, tak i u dospělých kde by mohlo jít o narušení vylučování hormonů. V případě delta vln bych se zaměřila na jejich pozorování a možné změny (zmnožení, úbytek) na EEG a to především v NREM stadiu spánku přecházejícího do REM fáze v první třetině spánku.

Nakonec bych chtěla ještě jednou připomenout myšlenku, že na náměsíčnost bychom se mohli dívat i jako na určitou schopnost jedince. Možná bychom to mohli i takto uchopit a pátrat po tom, zdali nemají náměsíční jedinci něco společného jako lidé a jako celky co se týče jejich osobností.

## 7. Literatura

Admin. (n.d.). Prospánek vitalion [blog post]. Dostupné z [https://www.prospanek.cz/blog/poruchy-spanku-cast-4-parasomnie/?fbclid=IwAR1s9gBaAjgzvRTXXjm7QF15IJfyqYP\\_daLfp\\_yvnr6FjpfJte58PVtd0IQ](https://www.prospanek.cz/blog/poruchy-spanku-cast-4-parasomnie/?fbclid=IwAR1s9gBaAjgzvRTXXjm7QF15IJfyqYP_daLfp_yvnr6FjpfJte58PVtd0IQ)

Barošová, A. (2007). *Fyziologie spánku* (bakalářská práce). Dostupné z webových stránek VŠ: [https://is.muni.cz/th/agf6f/Fyziologie\\_spanku.pdf](https://is.muni.cz/th/agf6f/Fyziologie_spanku.pdf)

Bassetti, C. L. (2009). Sleepwalking (somnambulism) dissociation between ‚body sleep‘ and ‚mind sleep‘. *The neurology of consciousness*, 9, 108-117.

Borzová, C. a kol. (2009). *Nespavost a jiné poruchy spánku*. Praha: Grada Publishing, a.s.

Brain-soultherapy s. r. o. (n.d.). Naučená nespavost. Staženo z <http://www.brain-soultherapy.cz/slovník/12-naucena-nespavost.html>

Cartwright, R. (2004). Sleepwalking violence: a sleep disorder, a legal dilemma, and a psychological challenge. *The american journal of psychiatry*, 161, 1149–1158.

Černoušek, M. (1988). *Sen a snění*. Praha: Horizont.

Česká neurologická společnost, Narkolepsie. (2018, 29. června). Dostupné z <https://www.czech-neuro.cz/pro-pacienty/narkolepsie/>

Edmonds, C. (1967). Severe somnambulism: a case study. *Journal of clinical psychology*, 23, 237-239.

Fleischmann, O. (2011, n.d.). Vybrané kapitoly z psychopatologie. Dostupné z [https://chemistry.ujep.cz/userfiles/files/Skripta\\_Psychopatologie.pdf](https://chemistry.ujep.cz/userfiles/files/Skripta_Psychopatologie.pdf)

Grycová, L. (2015). Insomnie – nemoc, která nebolí. *PharmaNEWS*. Dostupné z <http://www.pharmanews.cz/clanek/insomnie-nemoc-ktera-neboli/>

Guilleminault, C., Poyares, D., Abat, F. & Palombini, L. (2001). Sleep and wakefulness in somnambulism: a spectral analysis study. *Journal of psychosomatic research*, 51, 411-416.

Harris, M. & Grunstein, R. R. (2009). Treatments for somnambulism in adults: assessing the evidence. *Sleep medicine reviews*, 13, 295-297.

Chokroverty, S. (2009). *Sleep disorders medicine: basic science, technical considerations and clinical aspects*. U.S.: Saunders Elsevier. (Originál byl publikován v roce 1994)

Juszczak, G. R., & Swiergiel, A. H. (2005). Serotonergic hypothesis of sleepwalking. *Elsevier*, 64(1), 28–32.

Loja, R. (2017). *Psychoterapeutická práce se sny u Jungovsky orientovaných psychoterapeutů* (diplomová práce, Univerzita Palackého v Olomouci). Dostupné z <https://www.radkaloja.cz/wp-content/uploads/2016/10/psychoterapeuticka-prace-se-sny-u-jungovsky-orientovanych-terapeutu.pdf>

Malá, E., Pavlovský, P. (2002). *Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. Praha: Portál, s. r. o.

Orel, M. & kol. (2016). *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. Praha: Grada publishing, a. s. (Originál publikován v roce 2012)

Plháková, A. (2013). *Spánek a snění: vědecké poznatky a jejich psychoterapeutické využití*. Praha: Portál, s. r. o.

Plháková, A. (2003). *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia.

Pressman, M. R. (2007). Factors that predispose, prime and precipitate NREM parasomnias in adults: clinical and forensic implications. *Sleep Medicine Reviews*, 11, 5-29.

Příhodová, I. (2013). *Poruchy spánku u dětí a dospívajících*. Praha: Maxdorf, s. r. o.

Redakce. (2018, 14. května). Když náměsíční vraždí: jak vzniká somnambulismus a proč spící nikdy nebudit? *National Geographic Česko*. Dostupné z <https://www.national-geographic.cz/clanky/kdyz-namesicni-vrazdi-myty-o-somnambulismu-maji-pravdu.html?fbclid=IwAR2chH-4sfXjjGLPKJ0Rks9W4ztAhsjdoe11ADrvtoEjGgsldSZNaF4p8-I>

Reichenbach, C. L. (1860). *Somnambulism and cramp*. New York: Calvin Blanchard, 76 Nassau street.

Schenck, C. (2008). *SLEEP: the mysteries, the problems, and the solutions*. U.S.: Avery Publishing Group Inc.

Šonka, K. (2002). Snění v neurologické praxi. *Neurologie pro praxi*, 3, 143-145.  
Dostupné z [http://www.neurologiapreprax.sk/index.php?page=pdf\\_view&pdf\\_id=2103&magazine\\_id=3](http://www.neurologiapreprax.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=2103&magazine_id=3)

*Vitalion* [website]. (n.d.). Dostupné z <https://nemoci.vitalion.cz/hypertyreoz/>

*Vitalion* [website]. (n.d.). Dostupné z <https://nemoci.vitalion.cz/namesicnictvi-a-nocni-mury/>

Winter, W. Ch. (2018). *Spánek: proč je dobré spát a co dělat, když to nejde* (1. vyd., H. Sedláková, překl.). Brno: CPress. (Originál vyšel v roce 2017 s názvem *THE SLEEP SOLUTION: why your sleep is broken and how to fix it*)

Wiseman, R. (2014). *Noční škola: probud'te se a poznejte sílu spánku* (1. vyd., Š. Kaňa, překl.). Brno: Emitos, spol. s. r. o. (Originál vyšel v roce 2014 s názvem *Night school. wake up to the power of sleep*)

Zadra, A., Desautels, A., Petit, D. & Montplaisir, J. (2013). Somnambulism: clinical aspects and pathophysiological hypotheses. *The Lancet Neurology*, 12, 285-294.

Zadra, A. & Pilon, M. (2012, září). Parasomnias II: sleep terrors and somnambulism

## 8. Seznam obrázků

Obr. č. 1 Spánkový cyklus dospělého člověka, dostupný na:

[https://www.wikiskripta.eu/w/Bd%C4%9Bn%C3%AD\\_a\\_sp%C3%A1nek#/media/File:Spankovy\\_cyklus.png](https://www.wikiskripta.eu/w/Bd%C4%9Bn%C3%AD_a_sp%C3%A1nek#/media/File:Spankovy_cyklus.png)

Obr. č. 2 Náměsíčnost, dostupné na:

[https://www.google.com/search?q=n%C3%A1m%C4%9Bs%C3%AD%C4%8Dnost&rlz=1C1SQJL\\_csCZ862CZ862&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=2ahUKEwjJzZil3ovoAhVFy6QKHSN\\_AMAQ\\_AUoAXoECAwQAw&biw=1264&bih=570#imgrc=M2Bu6vQULG6E8M](https://www.google.com/search?q=n%C3%A1m%C4%9Bs%C3%AD%C4%8Dnost&rlz=1C1SQJL_csCZ862CZ862&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=2ahUKEwjJzZil3ovoAhVFy6QKHSN_AMAQ_AUoAXoECAwQAw&biw=1264&bih=570#imgrc=M2Bu6vQULG6E8M)

## **9. Bibliografické údaje**

**Jméno a příjmení autorky:** Adéla Moravcová

**Studijní program:** Bakalářské prezenční studium psychologie

**Studijní obor:** Psychologie

**Název práce:** Porovnání teorií vzniku náměsíčnosti u dětí i dospělých

**Vedoucí práce:** Doc. PhDr. Karel Balcar, CSc.

**Rok dokončení práce:** 2020

**Počty znaků hlavního textu práce (včetně literatury)**

**Přímé citace:** 65

**Ostatní text:** 74 754

**Celkový počet znaků:** 74 819

**Název souboru umístěného na doprovodném CD**

**Text práce ve formátu PDF:** BP – Adéla Moravcová

**Posudek vedoucího bakalářské práce  
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: **Adéla Moravcová**

Obor studia: **Psychologie**

Název práce: **Porovnání teorií vzniku náměsíčnosti u dětí i dospělých**

Vedoucí/oponent\* práce: **doc. PhDr. Karel Balcar, CSc.**

**Technické parametry práce:**

Počet stránek textu (bez příloh): **46**

Počet stránek příloh: **0**

Počet titulů v seznamu literatury: **32**

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

**Výběr tématu**

Závažnost tématu

		2		
--	--	---	--	--

Oborová přiléhavost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	1			
--	---	--	--	--

**Formální zpracování**

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

		2		
--	--	---	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

		2		
--	--	---	--	--

**Metody práce**

Vhodnost a úroveň použitých metod

	1			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

0				
---	--	--	--	--

Využití praktických zkušeností

0				
---	--	--	--	--

**Obsahová kritéria a přínos práce**

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	1			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

	1			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

0				
---	--	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	1			
--	---	--	--	--

\*\* 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

		2		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

	1			
--	---	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

1. Která část práce byla pro Vás nejobtížnější, a čím?
2. Na základě svého porovnávání teorií náměsíčnosti, řekla byste, že je to jednotný stav vědomí, nebo že lze psychologicky, tj. prožitkově, rozlišit víc druhů náměsíčných stavů?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Autorka si vytkla za cíl provést porovnání dostupných teorií vzniku náměsíčných stavů myslí. Tento vytčený úkol bakalářské práce zdárně splnila nejprve poměrně přesným zařazením náměsíčnosti do obecnějšího rámce teoretických pojmů a výzkumných poznatků o vlastnostech bdění, spánku a jejich poruch obecně, poté charakteristikami vlivných teorií původu náměsíčnosti, jejich porovnání jednak tabulkou ukazující zahrnutí či nezahrnutí možných činitelů náměsíčnosti v těchto teoriích, jednak diskusí ukazující výzkumnou podporu či nepodporu přiřazení zvolených činitelů v úloze základních, podporujících a spouštějících náměsíčnou epizodu. Kazuistické průhledy do reálných podob somnambulních epizod teoretický rozklad oživují, stejně jako závěrečné zamyšlení autorky s vlastním pojetím jejich vznikání ve vazbě na cyklickou rytmičnost dějů v člověku a v okolním světě.

Zpracovaným obsahem, jeho rozsahem a formou práce splňuje nároky na bakalářskou závěrečnou práci. Po formální stránce překypuje literárními odkazy v textu, což je na druhé straně výrazem autorčiny citační poctivosti. Zhuštěně působícímu textu (což zde není výtka, spíš uznání) lze vytknout jen několik pravopisných a mluvnických drobností – vyznačují je v zapůjčeném textu po straně tužkou; popřípadě výjimečnému užívání výrazu „špatný“ v odborném hodnocení, namísto „nesprávný“. V oddíle 4.2 Diskuse a výzkumy by bylo na místě odkazovat na jednotlivé porovnávané teorie jmény jejich autorů, nikoli pouhými číslicemi. Sympaticky působí autorčin sebekritický přístup k vlastním znalostem, zvláště z fyziologických oborů, a zároveň ochota občas vstoupit do výkladu se svým osobním názorem či postojem.

Vedenou práci pokládám za zdařile vytvořenou a podle toho ji hodnotím.

Doporučení k obhajobě: **doporučuji**/~~nedoporučuji~~\*

Navrhovaná klasifikace: **výborně**

Datum, podpis: **6. září 2020**

\* nehodící se, škrtněte



**Posudek vedoucího/oponenta bakalářské/diplomové práce  
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Adéla Moravcová

Obor studia: psychologie

Název práce: Porovnání teorií vzniku náměsíčnosti u dětí i dospělých

Vedoucí/oponent\* práce: doc. Mgr. Ondřej Bezdíček, Ph.D.

**Technické parametry práce:**

Počet stránek textu (bez příloh): 41.

Počet stránek příloh: 1.

Počet titulů v seznamu literatury: 32 (včetně elektronických zdrojů).

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

**Výběr tématu**

Závažnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Oborová přiléhavost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		2		
--	--	---	--	--

**Formální zpracování**

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

		2		
--	--	---	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

		2		
--	--	---	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	1			
--	---	--	--	--

**Metody práce**

Vhodnost a úroveň použitých metod

		2		
--	--	---	--	--

Využití výzkumných empirických metod

		2		
--	--	---	--	--

Využití praktických zkušeností

	1			
--	---	--	--	--

**Obsahová kritéria a přínos práce**

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

0				
---	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

	1			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	1			
--	---	--	--	--

\*\* 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Návaznost kapitol a subkapitol

	1			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

		2		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

		2		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

1. Mohla by autorka práce uvést, proč necituje základní literaturu k tématu spánku, např. Soňa Nevšimalová, Karel Šonka, et al.: Poruchy spánku a bdění. Je to opomenutí či záměr?
2. Jestliže v závěru autorka zdůrazní jako hlavní příčinu vzniku somnambulismu genetické faktory, proč je hlouběji neanalyzuje (viz nedostatky)?

**Klady:** teoreticko-kazuistická práce o somnambulismu, která přehledovým způsobem informuje o teoriích somnambulismu a snaží se je doložit klinickými kazuistikami.

**Nedostatky:**

- práce bez empirické datové báze.
- z toho plyne, že je to studie bez testování hypotéz (to lze v BP zčásti prominout).
- citační nedostatky, např. autorka uvádí v textu celé hyperlinky el. zdrojů, což ve výsledku vytváří v textu řetězy znaků, které jsou nečitelné a rušivé, např.:  
s. 33: „*Návykové látky především alkohol a vnitřní faktory řadíme současně také do spouštěčů. Podle informací získaných z:* “
- měl jsem obtíže porozumět, proč autorka, pokud v závěru uvádí genetické predispozice pro vznik a rozvoj somnambulismu jako hlavní či jednu z hlavních příčin, jak je možné, že se genetickými vlivy nezabývá do větší hloubky a omezí se na pouhou deskripci: „*Vzhledem k výzkumům a četným informacím o tom, že genetika hraje v této problematice velkou roli myslím, že je určitě jedním z hlavních faktorů.*“ Nedostatek je to proto, že v seznamu literatury uvádí přehledové review Zadry et al. (2013), kde je uvedena jedna ze základních prací ke genetice somnambulismu: Hublin C, Kaprio J, Partinen M, Heikkilä K, Koskenvuo M. Prevalence and genetics of sleepwalking: a population-based twin study. *Neurology* 1997; 48: 177–81. Nicméně tuto práci již nerešeršuje (je dostupná snadno přes základní vyhledávače). Závěr je proto pouhá deskripce, která nepomůže čtenáři pochopit hlouběji cokoli dalšího z genetického výzkumu predispozic této poruchy spánku.
- dále nešlo ani jednu kazuistiku o somnambulismu nasbírat v ČR ve vlastním kazuistickém šetření?

Doporučení k obhajobě: doporučuji/nedoporučuji\*

Navrhovaná klasifikace: velmi dobře.

Datum, podpis: V Praze dne 16. 09. 2020, Ondřej Bezdíček



---

\* nehodící se, škrtněte