



Совладание с эпизодами сонного паралича и меры профилактики

Ф.В. Орлов, к.м.н., А.В. Голенков, д.м.н., проф., Е.Е. Николаев

Адрес для переписки: Андрей Васильевич Голенков, golenkovav@inbox.ru

Для цитирования: Орлов Ф.В., Голенков А.В., Николаев Е.Е. Совладание с эпизодами сонного паралича и меры профилактики. Эффективная фармакотерапия. 2026; 22 (27): 74–79.

DOI 10.33978/2307-3586-2026-22-27-74-79

Актуальность. Единичные эпизоды сонного паралича (СП) обычно не вызывают опасений. Однако повторяющиеся приступы, сопровождающиеся пугающими галлюцинациями и ощущением удушья, способны провоцировать чувство беспомощности, тревогу и страх смерти. Многие не знают, как справиться с этим состоянием, и не знакомы с эффективными стратегиями совладания. Рецидивирующий СП нередко требует медицинского вмешательства.

Цель – изучить применяемые студентами приемы совладания с СП, оценить их эффективность и разработать рекомендации по совладанию с эпизодами СП и профилактике данного состояния.

Материалы и методы. Опрошено 267 студентов 2–4-х курсов педиатрического факультета. Использовали опросник необычных переживаний во сне (Unusual Sleep Experiences Questionnaire, USEQ). С помощью открытых вопросов и ответов оценивали также используемые стратегии борьбы с этим состоянием и их результативность. Средний возраст участников составил $21,07 \pm 2,46$ года.

Результаты. СП широко распространен среди студентов-педиатров. Первый эпизод чаще всего дебютирует в возрасте до 18 лет. У большинства опрошенных СП носит эпизодический характер. Интуитивные попытки справиться с приступом (закричать, пошевелиться) малоэффективны. Наиболее действенны в данном состоянии микродвижения пальцев, мысленное напоминание себе о природе СП и техники расслабления, предполагающие отказ от активного сопротивления. Наиболее эффективными стратегиями считаются контекстуализация, дыхательные упражнения и движения глазами. Клинически значимый рецидивирующий изолированный СП требует терапевтического вмешательства. В работе обсуждаются психотерапевтические подходы, медикаментозное лечение и меры профилактики повторных эпизодов СП.

Заключение. Самопомощь при СП базируется на сохранении самоконтроля и умении пользоваться техниками совладания. При клинически значимых эпизодах терапия направлена на предотвращение повторных случаев СП. Применяются когнитивно-поведенческая терапия и фармакологическое лечение. Профилактика предполагает психообразование в рамках молодежных программ. Важно информировать педиатров о парасомниях для раннего выявления СП у подростков. Необходимы дальнейшие исследования для разработки более эффективных методов лечения.

Ключевые слова: сон, сонный паралич, стратегии самопомощи, студент, парасомния, механизмы совладания, когнитивно-поведенческая терапия, профилактика



Введение

Нарушения сна становятся все более распространенными в современном мире [1, 2]. Среди них особое место занимает сонный паралич (СП). При СП человек, просыпаясь после глубокого сна или засыпая, не может двигаться или говорить, несмотря на сохраненное сознание [1, 3]. В норме мышечная атония предотвращает двигательные проявления сновидений. При СП механизм обратного переключения нарушается: при сохранном сознании мышцы остаются выключенными, парализованными [4]. В настоящее время в Международной классификации расстройств сна рецидивирующий изолированный СП признан официальным диагнозом.

Исследования показывают, что СП встречается у 7,6% людей в общей популяции. Среди молодежи в возрасте 17–30 лет распространенность выше – 28–40% [5, 6]. Наши предыдущие исследования выявили, что большой разброс показателей во многом зависит от культурной и религиозной интерпретации, различий в определениях СП и способов учета его проявлений. Клинически значимые эпизоды рецидивирующего СП наблюдаются у 6,2% студентов. В то же время с учетом единичных и редких эпизодов этот показатель достигает 27,7% [7]. Обычно единичные эпизоды не вызывают беспокойства [8]. Единственный дискомфорт – неприятные переживания во время сна. Эпизоды изолированного СП, возникающие периодически и сопровождающиеся значительным клиническим дискомфортом, могут соответствовать критериям рецидивирующего изолированного СП [3]. При рецидивирующем СП повторяющиеся эпизоды сопровождаются тревожностью, страхом смерти, беспомощностью, ощущением ужасающего присутствия, давлением на грудь, а также яркими, часто пугающими зрительными, слуховыми и тактильными галлюцинациями [4]. С рецидивами СП связаны более ранний возраст начала приступов, наличие галлюцинаций во время паралича, конкретное время проявления в течение ночи и частота ночных кошмаров [9].

В исследовании B. Rauf и соавт. о сильном страхе во время приступов изолированного СП сообщили 76% участников опроса [3]. Несмотря на пугающий характер, СП считается доброкачественным состоянием и не представляет угрозы для здоровья и жизни [3, 8, 10]. Патологичность СП заключается в беспомощности, невозможности адекватно реагировать, искажении реальности и непродуктивном возбуждении. СП связан с сокращением продолжительности сна, увеличением латентного периода засыпания и усилением симптомов бессонницы [3]. Повторяющиеся эпизоды могут приводить к вторичной инсомнии, никтофобии, дневной сонливости, снижению концентрации внимания и ухудшению психологического состояния [10].

Парасомнии обычно не представляют опасности и с возрастом проходят самостоятельно, поэтому пациенты и врачи часто их игнорируют. Во время эпизода СП многие действуют интуитивно, что

не всегда помогает. Они не знают эффективных способов справиться с этим состоянием и не обращаются за медицинской помощью. Нередко пациенты ищут объяснения не в медицинских источниках, а в паранормальных историях. В русской традиции это домовой, в чувашской – злой дух вубар, в арабской – джинны, а в современном западном обществе – похищение инопланетянами [11, 12]. Чтобы предотвратить приступы СП, 37% респондентов прибегают к сверхъестественным и религиозным методам, например к чтению молитв, священных текстов и ношению талисманов [13]. Это препятствует своевременному обращению за специализированной помощью и закрепляет неадаптивные стратегии совладания с ситуацией.

Повторяющиеся эпизоды, особенно сопровождающиеся тревожными симптомами, могут потребовать медицинского вмешательства [8]. Однако научно обоснованных подходов к лечению СП пока недостаточно; исследования терапии данного состояния редки и, как правило, основаны на описании отдельных клинических случаев [14, 15]. Систематический анализ эффективности немедикаментозных методов отсутствует [16]. Медикаментозное лечение часто оказывается малоэффективным [17].

Цель исследования – на основании анализа стратегий самопомощи и эффективности способов преодоления эпизодов СП среди студентов-педиатров разработать рекомендации по совладанию с СП и его профилактике.

Материал и методы

В исследование было включено 267 студентов (190 (71,2%) лиц женского пола и 77 (28,8%) – мужского) 2–4-х курсов медицинского факультета Чувашского государственного университета им. И.Н. Ульянова, обучавшихся по специальности «педиатрия». Средний возраст – $21,07 \pm 2,46$ года; возрастной диапазон – 19–30 лет. Критерий включения: добровольное согласие на участие в исследовании. Критерий невключения: отказ от участия.

Опрос проводили с использованием опросника необычных переживаний во сне – Unusual Sleep Experiences Questionnaire (USEQ). Кроме того, респондентов спрашивали о действиях и способах, которые применялись для выхода из этого состояния, и об их эффективности. Респонденты добровольно и анонимно отвечали на вопросы анкеты с помощью онлайн-сервиса Google Forms. Опрос проводился в онлайн-чатах студентов, обучающихся по специальности «педиатрия».

Результаты и обсуждение

Из 267 опрошенных студентов-педиатров 101 (37,8%; 74 (73,3%) студента женского пола и 27 (26,7%) – мужского) сообщил, что хотя бы раз в жизни переживал эпизод СП. Эти показатели в целом соответствуют данным литературы [11, 13]. На актуальные эпизоды СП за последние 12 месяцев указали 63 (62,4%) студента: у 38 из них эпизоды возникали с периодичностью



один-два раза в год, у 13 – 1–3 раза в месяц, у 7 – один-два раза в неделю, у 5 – почти ежедневно. Психологические последствия СП у 25 (24,8%) студентов с повторными эпизодами, сопровождающимися ощущением давления на грудь и галлюцинациями, достигают клинически значимого уровня. Повторяющиеся эпизоды с тяжелыми проявлениями позволяют рассматривать это состояние как рецидивирующий изолированный СП – парасомнию [1, 6, 8, 11]. В состоянии СП люди сохраняют способность дышать, думать и видеть, но при этом не могут двигаться. Большинство людей интерпретируют данное состояние как угрожающее и связывают с «чем-то в мозге» или психическим расстройством. Меньшая часть придерживается сверхъестественных объяснений [3, 12]. В настоящем исследовании 28 студентов не смогли объяснить первый эпизод СП, 24 связывали его с соматическим состоянием, 9 – с психическим, 31 – со сновидениями, 9 – с призраками. До сих пор 45 человек полагают, что с ними произошло что-то физическое, 10 – психическое, 36 – связанное со сновидениями. На этом этапе важна дифференциация СП от психических расстройств и других нарушений сна. Во время эпизодов СП многие действуют интуитивно, не владея эффективными способами справиться с ними. В группе респондентов с актуальным СП предложили указать, какие стратегии они используют для выхода из подобного состояния (можно было выбрать несколько вариантов). Одни проявляли активность, пытались двигать руками и ногами (65,1%), шевелить пальцами рук или ног (76,2%), закричать (55,6%), позвать на помощь (42,9%), другие старались расслабиться и не паниковать (38,1%), мысленно напоминали себе, что это безопасно (34,9%). Были и те, кто ничего не предпринимал, просто ждал (14,3%) (табл. 1). Мы также проанализировали, что субъективно помогает пациентам быстрее выйти из состояния СП (табл. 2).

Таблица 1. Стратегии самопомощи во время эпизода СП, абс. (%)

Стратегия	Исследуемая группа (n = 63)
Попытка закричать	35 (55,6)
Попытка пошевелить руками или ногами	41 (65,1)
Попытка пошевелить пальцами	48 (76,2)
Расслабление	24 (38,1)
Мысленное напоминание, что это СП, пройдет	22 (34,9)
Ничего не предпринимают, ждут со страхом	9 (14,3)

Таблица 2. Субъективная эффективность стратегий самопомощи, абс. (%)

Стратегия	Исследуемая группа (n = 63)
Микродвижения пальцами	32 (50,8)
Движения конечностями	18 (28,6)
Расслабление, отказ от борьбы	19 (30,2)
Мысленное напоминание	16 (25,7)
Крик	8 (12,7)
Ничего не помогает	12 (19,0)

Наиболее эффективной стратегией для выхода из СП оказалась фокусировка на микродвижениях пальцев рук или ног (50,8%). Это связано с тем, что в фазе быстрого сна торможение мотонейронов максимальное для крупных мышц, но частично сохраняется контроль над мелкими мышцами [4]. Переключение внимания на пальцы и попытка их согнуть создают мостик между спящим телом и проснувшимся сознанием, часто прерывая паралич. Активная стратегия основана на том, что в моторной коре пальцы рук и ног имеют наибольшее представительство. Произвольные сигналы, направленные на мышцы пальцев, имеют более низкий порог активации и поэтому могут эффективнее преодолевать тормозные влияния ствола мозга, чем сигналы, инициирующие движения крупных мышц.

Среди методов борьбы с СП эффективными оказались попытки успокоиться в момент пробуждения. В нашем исследовании стратегия полного расслабления и отказа от борьбы продемонстрировала эффективность у 30,2% студентов. Обращает на себя внимание тот факт, что в группе с актуальными эпизодами доля тех, кому помогает расслабление (30,2%), выше, чем в общей выборке (25,2%). Возможно, это связано с тем, что люди с опытом переживаний методом проб и ошибок находят наиболее эффективные для себя стратегии. При полном расслаблении и отказе от борьбы снижается уровень активации симпатической нервной системы, и эпизод завершается естественным путем. Пассивные стратегии могут быть эффективны у части пациентов [3, 4, 17].

В нашем исследовании попытки закричать или резко встать, которые лишь усиливают страх, оказались наименее эффективными. Активные попытки движений усиливают возбуждение в моторных цепях, но при заблокированных мышцах это лишь продлевает эпизод СП. Чем более угрожающим и физически ощутимым является переживание (давление, зрительные образы), тем с большей вероятностью человек будет пытаться активно противодействовать состоянию. Напротив, менее конкретные или неугрожающие переживания не определяют выбор активной стратегии [10].

Движения глаз во время СП не нарушены, может сохраняться некоторый контроль над дыханием. Наиболее эффективными стратегиями во всех опросах были признаны контекстуализация (осознание паралича), позитивные мысли, а также дыхательные упражнения [3]. Однако ни один из опрошенных студентов не применял дыхательные упражнения и движения глазами во время эпизода СП.

На основании анализа данных исследования и литературы [3, 6, 10, 18] сформулированы рекомендации по самопомощи во время эпизода СП. Прежде всего важно объяснить природу состояния и помочь человеку осознать его. Это снижает тревогу и повышает субъективное чувство контроля над состоянием. Ключевым элементом является обучение стратегиям прерывания эпизода. Одной из важных стратегий преодоления СП считается когнитивная



реструктуризация. Во время эпизода СП использование аффirmаций и изменение когнитивной установки помогают снизить интенсивность страха. Пациента обучают заменять дезадаптивные мысли, такие как «я умираю», «меня парализовало навсегда» или «мною овладел демон», на реалистичные утверждения: «это сонный паралич, он безопасен и скоро пройдет» [3, 18].

Далее нужно выполнять движения глазами или дыхательные упражнения. Можно сфокусировать внимание на пальцах одной руки или ноги и попробовать ими пошевелить. Даже небольшое движение часто прерывает эпизод СП, связывая мышечную систему с пробудившимся сознанием. При этом не следует предпринимать попыток резко встать или закричать. Ожидая завершения эпизода, нужно постараться расслабиться, сосредоточиться на дыхании, дышать ровно и спокойно. Во многих случаях СП проходит самостоятельно. Можно медленно считать про себя – это помогает активировать мозг и отвлечься от возможных галлюцинаторных переживаний. Возвращение к реальности, контроль над дыханием и проявлениями СП, а также когнитивная реструктуризация дезадаптивных мыслей, имеющих отношение к СП, позволяют преодолеть беспомощность и восстановить чувство безопасности.

Парасомнии часто являются относительно доброкачественными и преходящими состояниями и обычно не требуют фармакологической терапии. Однако у многих студентов с рецидивирующим СП ухудшаются качество жизни и повседневная деятельность: наблюдаются проблемы с засыпанием, страх перед сном, дневная сонливость, снижение успеваемости. Повторные эпизоды СП, сопровождающиеся выраженным страхом, никтофобией, снижением качества жизни, требуют поиска эффективных методов лечения и являются показанием для обращения к специалисту.

В лечении СП используются различные психотерапевтические подходы и фармакотерапия. Психотерапия может быть направлена на изменение отношения к СП, коррекцию механизмов психологической защиты и разрешение внутриличностных конфликтов. Лечение первой линии – когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), нацеленная на модификацию катастрофических представлений о приступе СП [10]. Понимание связи между переживаниями и предпочитаемой стратегией помогает создать персонализированные рекомендации для самопомощи. Разработанный краткосрочный метод лечения, получивший название КПТ при инсомнии, объединяет методы совладания с методами лечения бессонницы и ночных кошмаров [6]. КПТ при бессоннице включает подбор индивидуальных рекомендаций по гигиене сна и обучение методам релаксации, специально разработанным для борьбы с повторяющимися эпизодами бессонницы, вызванной тревожными галлюцинациями, а также для борьбы с катастрофическими мыслями и моделирования успешного разрешения эпизодов [8]. КПТ эффективна в борьбе с СП: она снижает частоту и тяжесть эпизодов, ночную активность, а также

улучшает сон. Наблюдается тенденция к сокращению времени засыпания и улучшению трудовой и социальной адаптации [19]. КПТ предполагает активное участие пациента: он учится распознавать признаки СП и справляться с ними. В результате терапии пациент овладевает навыками распознавания и контроля симптомов СП, что способствует снижению тревоги и улучшению качества жизни [16].

Медитативно-релаксационная терапия представляется перспективным методом лечения, эффективность которого подтверждена предварительными исследованиями [20]. Проведение такой терапии в течение восьми недель уменьшает частоту СП и симптомы тревоги [15].

Написание стихов (стихотворная психотерапия) помогает человеку по-новому взглянуть на происходящее и изменить свою стратегию осмысления. Этот метод показывает, что даже в самых кризисных, непонятных и неоднозначных ситуациях можно найти продуктивные способы справиться с трудностями. Стихотворная психотерапия эффективна как для профессиональной помощи, так и для самопомощи [11]. Психотерапевтическое воздействие может быть направлено на коррекцию неадекватных эмоциональных реакций и форм поведения. Поведенческие подходы остаются важным методом лечения парасомний [14]. В нашем исследовании среди наиболее частых провоцирующих факторов респонденты с опытом СП называли нарушение режима сна и бодрствования (68,9%), сон в положении лежа на спине (40,8%), стресс и эмоциональное переутомление (75,7%). Эти данные согласуются с результатами систематических обзоров, которые также подтверждают ведущую роль качества сна и нарушений гигиены сна в генезе изолированного СП [6, 9, 10]. Поскольку это состояние может быть вызвано стрессом и тревогой, важно снижать уровень стресса, особенно перед сном [5].

Поведенческие техники по соблюдению гигиены сна включают фиксированное время отхода ко сну и пробуждения, исключение сна на спине, создание комфортных условий в спальне. В одних случаях проблемы со сном могут быть предрасполагающими факторами, повышающими вероятность возникновения СП, в других – следствием этого явления [3, 21]. Важно оценить потенциальные провоцирующие, способствующие и реализующие факторы СП. Непосредственной причиной эпизодов СП считается фрагментированный или нарушенный сон. Симптомы нарушения сна даже без диагностированного расстройства могут указывать на вероятность возникновения СП [10]. К его развитию приводят смена часовых поясов, работа в ночное время, а также чрезмерное использование гаджетов вечером [3, 5, 10]. Необходимо ограничить употребление кофеина, исключить алкоголь, избегать просмотра фильмов ужасов и триллеров перед сном, физического переутомления и дневного сна, которые влияют на качество сна и ассоциируются с риском развития СП. Ухудшение качества сна повышает вероятность возникновения СП [10]. При повторяющихся проблемах со сном необходимо принимать



меры для улучшения его качества и при необходимости обращаться за помощью к специалисту. Методы предотвращения СП включают использование различных техник релаксации: практиковать их перед сном, избегать нездорового образа жизни, улучшать качество жизни и быть счастливым [15].

У 20 (19,8%) опрошенных студентов родственники сталкивались с аналогичными проявлениями. Это согласуется с исследованиями, указывающими на наследственную предрасположенность к СП. При таком риске важно тщательно соблюдать гигиену сна ввиду повышенной вероятности возникновения рецидивирующего течения СП.

При частых и беспокоящих приступах может потребоваться медикаментозное лечение у сомнолога или врача-психиатра. Фармакотерапия применяется в случаях рецидивирующего изолированного СП [20]. Чаще всего используют трициклические антидепрессанты, подавляющие фазу быстрого сна. Нашли применение также некоторые селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) [3, 18, 22]. В то же время исследования указывают на связь между СП и употреблением антидепрессантов или стимуляторов [9]. СИОЗС потенциально могут приводить к развитию изолированного СП. Этот побочный эффект не указан в инструкции по применению, но его следует учитывать [23].

В нашем исследовании у 76 студентов СП впервые возник в возрасте до 18 лет, в том числе до десяти лет – у 14, в 11–15 лет – у 26, в 16–18 лет – у 36. У 25 респондентов дебют пришелся на возраст 19–25 лет. Представленные данные о подростковом пике дебюта СП соответствуют данным литературы [4, 11, 24, 25] и подчеркивают значимость проблемы именно для педиатрической практики. Это делает подростков наиболее перспективной группой для проведения профилактических мер.

Заключение

СП представляет собой широко распространенное состояние, особенно среди молодежи. Многие студенты используют интуитивные способы справиться с СП, например пытаются закричать или резко встать, но они малоэффективны. Наиболее действенными методами прерывания эпизода СП среди студентов являются микродвижения пальцами и расслабление без активного сопротивления. Эффективная помощь при СП базируется на понимании физиологической природы феномена и когнитивной реструктуризации, а также на обучении конкретным техникам. Быстрый выход из состояния СП значительно облегчает состояние, поскольку человек чувствует контроль над ситуацией, что уменьшает страх и тревогу, часто сопровождающие СП.

Регулярное соблюдение гигиены сна и управление стрессом снижают частоту эпизодов СП. Соблюдение режима «сон – бодрствование» признано наиболее эффективным методом профилактики. Часто используются такие стратегии, как изменение положения тела во время сна, коррекция режима сна и улучшение условий сна. Лечение и профилактика СП при рецидивирующем изолированном варианте включает психообразование, КПТ и фармакотерапию. Понимание этих аспектов поможет разработать более эффективные методы лечения и улучшить качество жизни людей с СП.

Полученные данные можно использовать для создания коротких психообразовательных программ для студентов, старшеклассников и пациентов. Будущие педиатры, владеющие этой информацией, смогут эффективно помогать себе и консультировать пациентов подросткового возраста. Врачи должны подбирать индивидуальное лечение и при необходимости направлять пациентов к сомнологу. *

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Литература

1. Полуэтов М.Г., Аристакесян Е.А., Бузунов Р.В. и др. Сомнология и медицина сна: национальное руководство памяти А.М. Вейна и Я.И. Левина. 2-е изд. М.: Медконгресс, 2020.
2. Голенков А.В., Орлов Ф.В., Сапожников С.П., Козлов В.А. Связь расстройств сна с головной болью. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2018; 118 (1): 71–74.
3. Rauf B., Sharpless B.A., Denis D., et al. Isolated sleep paralysis: clinical features, perception of aetiology, prevention and disruption strategies in a large international sample. Sleep Med. 2023; 104: 105–112.
4. Honnekeri A. Nightmares or a crippling reality? A review on sleep paralysis. J. Family Med. Prim. Care. 2025; 14 (7): 2639–2642.
5. Wróbel-Knybel P., Flis M., Rog J., et al. Risk factors of sleep paralysis in a population of Polish students. BMC Psychiatry. 2022; 22 (1): 383.
6. Sharpless B.A., Doghramji K. Sleep paralysis: historical, psychological, and medical perspectives. Oxford: Oxford University Press, 2015.
7. Орлов Ф.В., Орлова Е.Ф., Голенков А.В. Распространенность и феноменология сонного паралича у студентов-медиков. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2026; 126 (5–2): 63–67.
8. Bhalerao V., Gotarkar S., Vishwakarma D., Kanchan S. Recent insights into sleep paralysis: mechanisms and management. Cureus. 2024; 16 (7): e65413.
9. Gumbis G., Puteikis K., Mameniškienė R. Sleep paralysis among higher education students: a possible role of antidepressant and recreational stimulant use. Medicina (Kaunas). 2025; 61 (10): 1844.



10. Denis D., French C.C., Schneider M.N., Gregory A.M. Subjective sleep-related variables in those who have and have not experienced sleep paralysis. *J. Sleep Res.* 2018; 27 (5): e12650.
11. Орлов Ф.В., Голенков А.В., Мокшин И.В., Самойлова А.В. Клинико-психологические характеристики рецидивирующего изолированного сонного паралича. Эффективная фармакотерапия. 2025; 21 (21): 68–74.
12. Христофорова О.Б. Гнетке – сонный паралич? Необычное между фольклористическими и медицинскими классификациями. Шаги/Steps. 2020; 6 (4): 101–125.
13. Jalal B., Sevde Eskici H., Acarturk C., Hinton D.E. Beliefs about sleep paralysis in Turkey: Karabasan attack. *Transcult. Psychiatry.* 2021; 58 (3): 414–426.
14. Ntafouli M., Galbiati A., Gazea M., et al. Update on nonpharmacological interventions in parasomnias. *Postgrad. Med.* 2020; 132 (1): 72–79.
15. Jalal B., Moruzzi L., Zangrandi A., et al. Meditation-relaxation (MR therapy) for sleep paralysis: a pilot study in patients with narcolepsy. *Front Neurol.* 2020; 11: 922.
16. Galbiati A., Rinaldi F., Giora E., et al. Behavioural and cognitive-behavioural treatments of parasomnias. *Behav. Neurol.* 2015; 2015: 786928.
17. Sharpless B.A., Grom J.L. Isolated sleep paralysis: fear, prevention, and disruption. *Behav. Sleep Med.* 2016; 14 (2): 134–139.
18. Stefani A., Högl B. Nightmare disorder and isolated sleep paralysis. *Neurotherapeutics.* 2021; 18 (1): 100–106.
19. Vincent N., Dirkse D., Giannouli E., McQuarrie A. Transdiagnostic cognitive behavioral therapy for nightmares and parasomnias. *J. Clin. Sleep Med.* 2023; 19 (3): 499–509.
20. Wróbel-Knybel P., Wołkowski L., Karakuła-Juchnowicz H. The use of focused-attention meditation combined with muscle relaxation (MR therapy) in the treatment of recurrent isolated sleep paralysis (RISP) – two case reports. *Arch. Psych. Psych.* 2025; 27 (3): 97–109.
21. Голенков А.В., Полуэктов М.Г., Орлов Ф.В. Связь нарушений сна с депрессией и тревогой у лиц пожилого возраста. Психическое здоровье. 2012; 10 (8): 30–33.
22. Proserpio P., Terzaghi M., Manni R., Nobili L. Drugs used in parasomnia. *Sleep Med. Clin.* 2022; 17 (3): 367–378.
23. Sohi M., Jain L., Ang-Rabanes M., Mogallapu R. Sertraline-induced sleep paralysis: a case report. *Cureus.* 2023; 15 (11): e49014.
24. Lišková M., Janečková D., Klůzová Kráčmarová L., et al. The occurrence and predictive factors of sleep paralysis in university students. *Neuropsychiatr. Dis. Treat.* 2016; 12: 2957–2962.
25. Khan A.A., Abid A., Nawaz M., et al. Experiences and beliefs related to sleep paralysis among the general population of the twin cities: a cross-sectional study. *Sleep Med.* 2024; 124: 146–153.

Coping with Episodes of Sleep Paralysis and Its Prevention

F.V. Orlov, PhD, A.V. Golenkov, PhD, Prof., E.E. Nikolaev

Chuvash State University named after I.N. Ulyanov, Cheboksary

Contact person: Andrey V. Golenkov, golenkovav@inbox.ru

Relevance. Single episodes of sleep paralysis (SP) usually do not cause concern. However, recurrent attacks accompanied by frightening hallucinations and a feeling of suffocation can provoke helplessness, anxiety, and fear of death. Many people do not know how to cope with this condition and are unfamiliar with effective coping strategies. Recurrent SP often requires medical intervention.

Aim – to study the coping techniques used by students to manage SP, evaluate their effectiveness, and develop recommendations for managing SP episodes and preventing this condition.

Material and methods. A total of 267 students from the 2nd–4th years of the pediatric faculty were surveyed. The Unusual Sleep Experiences Questionnaire (USEQ) was used. Open ended questions and answers were also employed to assess the coping strategies used and their effectiveness. The mean age of participants was 21.07 ± 2.46 years.

Results. SP is widespread among pediatric students. The first episode most often debuts before the age of 18. In the majority of respondents, SP is episodic. Intuitive attempts to cope with an attack (shouting, moving) are ineffective. The most effective measures in this state are micro-movements of the fingers, mentally reminding oneself of the nature of SP, and relaxation techniques that involve giving up active resistance. The most effective strategies are considered to be contextualization, breathing exercises, and eye movements. Clinically significant recurrent isolated SP requires therapeutic intervention. The paper discusses psychotherapeutic approaches, pharmacological treatment, and measures to prevent recurrent SP episodes.

Conclusion. Self-help for SP is based on maintaining self-control and the ability to use coping techniques. In clinically significant episodes, therapy is aimed at preventing recurrences. Cognitive-behavioral therapy and pharmacological treatment are used. Prevention involves psychoeducation within youth programs. It is important to inform pediatricians about parasomnias for early detection of SP in adolescents. Further research is needed to develop more effective treatment methods.

Keywords: sleep, sleep paralysis, self-help strategies, student, parasomnia, coping mechanisms, cognitive-behavioral therapy, prevention