

Gregg D. Jacobs, Ph. D.

PAMIRŠKITE NEMIGĄ

**Efektyvi programa,
kaip lengvai užmigti ir miegoti be vaistų**



TURINYS

Pradžios žodis	9
Pratarmė: nemigos mokslas šiandieną	11
Įžanga: įveikite nemigą ir pakeiskite gyvenimą	25

I DALIS. PRADĖKIME!

1. Jūs galite pamiršti nemigą!	37
2. Keli faktai apie miegą ir nemigą	46
3. Gyvenimas be migdomųjų	61
4. Įvertinkite savo nemigą	77

II DALIS. MINČIŲ IR ELGSENOS KEITIMAS

5. Pakeiskite mintis apie miegą	103
6. Miegą skatinančių įpročių formavimas	120
7. Miegas ir gyvenimo būdas	133

III DALIS. ĮVEIKITE STRESĄ – ĮVEIKSITE NEMIGĄ

8. Organizmo reakcija į relaksaciją	157
9. Nuvykite šalin stresą keliančias mintis	177
10. Požiūriai, kurie padeda geriau miegoti	190

A PRIEDAS

Sveikas miegas ir pamaininis darbas	207
-------------------------------------------	-----

B PRIEDAS

Jei reikia kirsti kelias laiko juostas 210

C PRIEDAS

Kūdikių ir vaikų miegas 213

D PRIEDAS

Dar keli relaksacijos scenarijai 219

Apie autorių 224

Informacijos šaltiniai 225

PRADŽIOS ŽODIS

Pirmąjį susitikimą su daktaru Gregu Džekobsu prisiminsiu ilgai. Gregas Džekobsas buvo ką tik baigęs savo darbą daktaro laipsniui gauti (tai buvo novatoriškas tyrimas, kokį poveikį relaksacija daro galvos smegenų bangoms) ir kreipėsi į Harvardo Medicinos mokyklą dėl stipendijos, kad galėtų vykdyti tolesnius tyrimus. Turėjau būti jo vadovas. Tąkart daktaras Džekobsas mane taip sužavėjo, kad ne tik pasiūliau jam mokslinio bendradarbio vietą, bet ir pakviečiau kartu su tyrėjų grupe vykti į Indiją, į Sikimo valstiją, tyrinėti Tibeto vienuolių meditacinių praktikų fiziologinio poveikio.

Netrukus dr. Džekobsas pradėjo tyrimą, lėmusį jo tolesnę profesinę karjerą. Tyrimo tema buvo nemedikamentinis nemigos gydymas. Dr. Džekobsas pasiūlė gydyti nemigą relaksacijos pratimais. Tai buvo vienintelis nemedikamentinis nemigos gydymas, kurio efektyvumas buvo pagrįstas mokslinių tyrimų rezultatais. Visi šiuo metodu gydyti pacientai teigia, kad jų miego kokybė pagerėjo, 75 procentai visiškai atsikratė šio sutrikimo, o 90 procentų nustojo vartoti migdomuosius vaistus ar sumažino jų dozes.

1991-aisiais dr. Džekobsas Harvardo Medicinos mokyklos Diakonių ligoninėje Bostone sudarė nemigos gydymo programą, paremtą elgesio medicinos principais. Pradėjęs vykdyti programą praktiškai, dr. Džekobsas išmokė nemigos įveikimo technikos tūkstančius pacientų. Naujasis nemigos gydymo būdas pasirodė

toks efektyvus, jog Nacionaliniai sveikatos institutai (*National Institutes of Health*) dr. Džekobsui suteikė prestižinę ketverių metų stipendiją, kad jis toliau tirtų nemedikamentinius nemigos gydymo būdus ir palygintų jų veiksmingumą su migdomųjų vaistų poveikiu. Man, dr. Džekobso vadovui, buvo didelė garbė stebėti, kaip puikiai jis atliko mokslininko ir gydytojo praktiko vaidmenis.

Dr. Džekobso šešių savaitių programa, aprašyta šioje knygoje, gali padėti visiems, kuriuos kamuoja nemiga. Dr. Džekobsas, remdamasis konkrečiais pavyzdžiais, aiškiai nurodo, ką ir kaip turite daryti, norėdami įveikti šį sutrikimą.

„Pamirškite nemigą“ kalba apie tai, kaip gyvenimą padaryti geresnį. Ją skaitydami įvaldysite mokliškai pagrįstą relaksacijos bei streso mažinimo techniką ir išmokssite kontroliuoti savo psichologinę būseną.

Apie dr. Džekobso metodą turėtų sužinoti visi sveikatos priežiūros specialistai, kurie susiduria su nemigos kamuojamais pacientais. Dabar šie žmonės pagaliau turi saugią ir itin efektyvią programą, kuri leis jiems gyventi be migdomųjų vaistų. Tą jau patyrė didelis būrys dr. Grego Džekobso pacientų.

– *Herbert Benson, M. D.*
Bostonas, Masačusetsas

PRATARMĖ: NEMIGOS MOKSLAS ŠIANDIENĄ

Nuo to laiko, kai prieš dešimtmetį parašiau „Pamirškite nemigą“, nemigos gydymo srityje buvo atlikta daug naujų tyrimų, kurie neginčijamai patvirtino knygoje išdėstytų technikų efektyvumą. Yra žinoma, kad beveik 60 procentų suaugusiųjų nuolat kenčia dėl nemigos, tad ši problema dabar tirama labiau nei bet kada anksčiau. Nemiga gydoma dvejopai. Pirma, tai medikamentinis gydymas – rinkoje pasirodo vis daugiau naujų migdomųjų vaistų. Antras nemigos įveikimo būdas yra kognityvinė elgesio terapija (KET).

Šioje knygoje aprašytos kognityvinės elgesio terapijos technikos yra efektyvesnės nei migdomieji vaistai. Net ir naujausieji šios grupės vaistai, išpopuliarėję dėl tiesiogiai į vartotojus nukreiptos reklamos, pasižymi įvairiais trūkumais ir šalutiniu poveikiu. Trijų lygiaverčių tyrimų (įskaitant ir mano paties Harvardo Medicinos mokykloje atliktą tyrimą) duomenys rodo, kad lyginant KET ir migdomųjų vaistų efektyvumą rezultatas yra 3:0 KET naudai. Papildomi tyrimai patvirtino, kad nemiga sergantiems pacientams KET priimtinesnė nei migdomieji.

Visuomenėje vis dar gajus aštuonių valandų miego mitas, apie kurį rašiau prieš dešimt metų. Daugeliui iš mūsų aštuonių valandų miego nereikia. Tyrimai patvirtina, kad žmonės, kurie miega vidutiniškai po septynias valandas, gyvena ilgiau

nei miegantys aštuonias. Vis dėlto kai kurie mokslininkai bei žiniasklaida ir toliau skleidžia klaidingą nuomonę apie miego trūkumo poveikį ir visai nepagrįstai gąsdina žmones, o farmacijos kompanijos tuo metu ploja rankomis.

Pažvelkime į šią problemą iš arčiau.

Nuo tada, kai prieš dešimt metų atsirado KET kaip perspektyvi migdomųjų alternatyva, buvo atlikta daug tyrimų, kurie parodė, kad KET metodas yra saugesnis ir efektyvesnis už migdomuosius vaistus. Tyrimų rezultatai apibendrinti mediciniuose žurnaluose¹. Pavyzdžiui, išanalizavus daugiau nei dvidešimt tyrimų duomenų, buvo įrodyta, kad KET padėjo žmonėms užmigti greičiau nei migdomieji – ir be jokio šalutinio poveikio².

Dar viena plati tyrimų rezultatus apibendrinanti apžvalga atskleidė, kad šešiasdešimtmečių ir vyresnių žmonių patirti šalutiniai migdomųjų poveikiai yra kur kas didesni nei tų vaistų teikiama nauda. Tie šalutiniai poveikiai – tai trumpalaikis atminties praradimas, galvos skausmas, nuovargis dienos metu, pykinimas, svaigulys ir dažnesnės automobilių avarijos³. O KET jokių šalutinių poveikių nesukelia – tai buvo konstatuota 2005-aisiais įvykusioje Nacionalinių sveikatos institutų surengtoje konferencijoje⁴. Šalutinių KET poveikių nepastebėta iki šiol.

Nuo 1999-ųjų buvo atlikti trys tyrimai, lyginantys kognityvinės elgesio terapijos ir migdomųjų vaistų efektyvumą. Visų trijų išvados skelbia, kad KET yra efektyvesnis metodas už migdomuosius⁵. Vienam iš šių tyrimų, atliktų Harvardo Medicinos mokykloje, kurį finansavo Nacionaliniai sveikatos institutai, vadovavau aš su kolegomis. Tyrimo esmė buvo palyginti KET efektyvumą su labai dažnai gydytojų išrašomų migdomųjų vaistų *Ambien* poveikiu. Rezultatai parodė, kad KET yra efektyvesnė priemonė tiek taikant ją trumpai (keturias savaites), tiek ir ilgai (metus). Be to, kai nemigos kamuojami žmonės liaudavosi vartoti *Ambien*, nemiga iš karto grįždavo. Taip pat nustatėme, kad 80 procentų pacientų, kuriems gydyti buvo taikoma

KET, užmigdavo kur kas greičiau, o daugiau nei pusė – labai greitai, lyg miego sutrikimo nė nebūtų turėję. Devyniasdešimt procentų KET programos dalyvių sumažino migdomųjų vaistų vartojimą arba visiškai nustojo juos vartoti. Dėl to medicininė literatūra dabar teikia pirmenybę KET, o ne migdomiesiems⁶.

Tačiau nemigos problema nesulaukia tiek dėmesio, kiek jo turėtų būti. Nors nemiga yra dažniausiai pasitaikantis miego sutrikimas, jos tyrimams Jungtinėse Valstijose skiriama mažiausiai lėšų. 2004-aisiais, kai Nacionaliniai sveikatos institutai skirstė biudžetą, nemigos tyrimų finansavimas smarkiai atsiliko nuo kitų miego sutrikimų tyrimų finansavimo. Pavyzdžiui, apnėjai tirti buvo skirta beveik 20 procentų viso miego sutrikimams skirto biudžeto, o nemigai – netgi mažiau negu 3 procentai.

Kita nelinksma žinia ta, kad didžiajai daugumai žmonių KET nėra prieinama dėl daugelio priežasčių. KET negali pasinaudoti tie, kurie neturi medicininio draudimo, nes jiems ši licencijuotų gydytojų teikiama paslauga per brangi. Antra priežastis – Jungtinėse Valstijose tokių licencijuotų gydytojų tėra vos keli šimtai, jų rengimas taip pat vyksta vangiai. Trečia priežastis ta, kad miego sutrikimų klinikoms dažniausiai vadovauja pulmonologai, kurie specializuojasi gydyti miego apnėją, o ne nemigą. Ketvirtoji priežastis – KET, priešingai nei migdomieji vaistai, nėra reklamuojama ar kitaip skatinama, tad daugybė gydytojų ir pacientų apie šią terapiją nėra net girdėję. Kita vertus, kas nori, KET metodiką gali įvaldyti savarankiškai. Tam skirta ši knyga ir interneto puslapis www.cbtforinsomnia.com. Tyrimai parodė, kad tokiu būdu galima pasiekti gerų nemigos gydymo rezultatų⁷.

Visą negausią informaciją apie KET yra užliejusi naujų migdomųjų vaistų reklama. Praeito amžiaus pabaigoje vaistų rinkoje įsigalėjo *Ambien CR*, *Sonata*, *Rozerem* ir *Lunesta*. Kas gi nėra matęs reklamų su naktine *Lunestos* plaštaka ar tiksinčiu *Ambien* laikrodžiu? Nors per tris paskutinius praeito amžiaus dešimtmečius migdomųjų vaistų vartojimas mažėjo, paskui pa-

dėtis pasikeitė – savo darbą atliko į vartotojus nukreipta reklama. 2000 – 2005 metais migdomųjų suvartojimas išaugo 60 procentų. Vien 2005 metais buvo išrašyta 43 milijonai šių medikamentų receptų. Visa tai tęsiasi ir dabar. *Lunestos*, *Ambien* ir *Rozerem* gamintojai šių migdomųjų vaistų reklamai 2007 metais išleido 600 milijonus dolerių! Nors tai didžiulė suma, šios išlaidos atsipirko su kaupu. Vien *Lunestos* dabar kiekvieną dieną parduodama už milijoną dolerių. Migdomieji dabar yra vaistų rinkos lyderiai – kasmet jie duoda gamintojams 4,5 milijardo dolerių pelną. Tai nestebina, nes reklama kala žmonėms į galvas, kad migdomosios tabletės išspręs visas jų problemas.

Farmacininkai nenori, kad sužinotumėte, jog daug naujų vaistų, taip pat ir *Ambien CR* bei *Lunesta*, pasižymi šalutiniu poveikiu kaip ir senesni vaistai. Tai yra mieguistumas dienos metu, koordinacijos ir kognityviniai sutrikimai (juos kartais suku pastebėti), galvos svaigimas, potraukis įvairiems stimulatoriams ir alkoholiui. Taip pat čia reikia paminėti vadinamąjį „nemigos atoveiksmį“ (žmogui, nutraukusiam vaistų vartojimą, nemiga atsinaujina ir jo būklė gali būti kelias dienas netgi sunkesnė nei buvo prieš pradėdant vartoti vaistus)⁸. Rečiau pasireiškiantys, tačiau sudėtingesni šalutiniai poveikiai yra šie: užmigimas einant ar vairuojant, trumpalaikis atminties praradimas, haliucinacijos ir elgesio sutrikimai. Informaciniame migdomųjų lapelyje perspėjama, kad jie gali lemti keistą ar netgi pavojingą elgesį. (Šis šalutinis poveikis išryškėjo tik vaistams rinkoje išbuvus ilgesnį laiką.)

Visi šie šalutiniai poveikiai paaiškina, kodėl migdomieji vaistai parduodami tik pagal gydytojo receptą. Naujesnių vaistų ketvertukas (*Ambien*, *Lunesta*, *Sonata* ir *Rozerem*) priklausomybę ir „keistą“ elgesį skatinančiu poveikiu pasižymi šiek tiek mažiau nei senesnieji vaistai nuo nemigos, bet vis dėlto tokių atvejų užfiksuojama. Reikia pridurti, kad nėra nustatyta, jog naujesni vaistai nuo nemigos yra saugesni už senus (*Restoril* ir *Dalmane*).

Be to, nebuvo tirta, koks yra ilgalaikis šių vaistų poveikis, nors labai daug žmonių migdomuosius vartoja ilgą laiką: du trečdaliai daugiau nei metus, o likęs trečdalis – daugiau nei penkerius. Buvo tirti tik dėl trumpalaikio vartojimo atsirandančios šalutiniai poveikiai, tačiau ir tie tyrimai nebuvo išsamūs. O kadangi dauguma tų vaistų pradėti gaminti nelabai seniai, ilgalaikio jų vartojimo sukelti šalutiniai poveikiai gali būti neišsiaiškinti dar daug metų.

Vis dėlto vienas iš tokių šalutinių poveikių gali būti padidėjusi mirtingumo rizika. Tą pavojų nurodė Danielis Kripkė (dr. Daniel Kripke) iš Kalifornijos San Diego universiteto⁹. (Daktaras Kripkė taip pat dirba Skripso klinikoje Lahojos mieste Kalifornijoje.) Pavyzdžiui, ištyrus daugiau nei milijoną žmonių, kurie gėrė migdomuosius kasnakt, paaiškėjo, kad jų mirtingumo rizika yra 25 procentais didesnė nei žmonių, kurie gyvena be migdomųjų¹⁰. Vadinasi, kasnakt gerti migdomuosius yra tiek pat rizikinga, kaip kasdien surūkyti po pakelį cigarečių. Nuo 2008-ųjų penkiolika epidemiologinių tyrimų patvirtino, kad migdomųjų vartojimas didina mirtingumo riziką, tačiau nebuvo nė vieno tyrimo, įrodančio priešingai – kad šiuos vaistus vartojant mirtingumo rizika sumažėja. Trijų iš šių penkiolikos tyrimų rezultatai parodė, kad migdomųjų vartojimas padidina riziką mirti nuo vėžio. Daugumos šių tyrimų objektas buvo senesni barbitūratų ir benzodiazepino pagrindu pagaminti migdomieji, pavyzdžiui: *Dalmane*, *Halcion* ir *Restoril*. Bet vienas tyrimas parodė, kad naujesnis vaistas *Ambien* irgi didina mirtingumo riziką.

Pakartosiu, kad naujos kartos migdomųjų vaistų efektyvumas nėra didesnis nei senų vaistų. Tą parodė daugybės tyrimų rezultatai. Pavyzdžiui, nustatyta, kad *Ambien*, *Lunestos* ir *Sonatos* veiksmingumas yra tik šiek tiek didesnis nei placebo – šie vaistai sutrumpino vidutinį užmigimo laiką vos dešimčia minučių ir vidutiniškai dešimčia minučių prailgino miego laiką¹¹. Negana to, šie vaistai faktiškai nepagerina miego kokybės – tiesiog juos vartojantys žmonės dėl amnezinio jų poveikio neatsimena, kai

naktimis trumpam nubunda. Be to, reikia turėti galvoje, kad tiriamieji migdomuosius vartojo trumpai (kelias savaites), tad tokiais rezultatais remiantis daryti išvadų apie ilgalaikį šių vaistų efektyvumą bei šalutinius poveikius negalima.

Atidžiau panagrinėję du populiariausius migdomuosius – *Ambien* ir *Lunesta* – rasime ir daugiau įrodymų, kad jie veiksmingi tik vidutiniškai. Harvardo Medicinos mokykloje atlikęs tiriamąjį darbą išsiaiškinau, kad *Ambien*, kai buvo vartotas keturias savaites, užmigimo laiką sutrumpino tik dvidešimčia minučių daugiau nei placebo. Kai tiriamieji liovėsi vartoję šį vaistą, jų užmigimo laikas liko penkiomis minutėmis trumpesnis nei vartojusiųjų placebo.

Lunestos reklamos skelbia, jos šis vaistas daugeliui žmonių padeda užmigti greičiau, naktį neprabusti ir pramiegoti vidutiniškai septynias ar aštuonias valandas per parą¹². Iš tikrųjų šie teiginiai gerokai prasilenkia su tikrove. Atlikus dar tik pirminius *Lunestos* tyrimus, kuriems vadovavo ją pagaminę *Sepracor* kompanijos specialistai bei konsultantai, paaiškėjo, kad šis vaistas suteikia tik šešias miego valandas per naktį¹³. *Lunestos* išgėrusiems žmonėms prieš užmiegant reikia daugiau nei tris ketvirtadalius valandos gulėti atmerktomis akimis ir dar tokį pat laiką tarpą jie išbūna prabudę naktį. Taigi kad *Lunesta* padeda įveikti nemigą, tvirtinti nėra pagrindo. Kaip ir *Ambien*, *Lunesta* tik sutrumpina užmigimo laiką maždaug dvidešimčia minučių, lyginant su placebo poveikiu. Šie kuklūs rezultatai reikšmingi tik *statistiškai*, o *klinikinė* jų reikšmė maža¹⁴. Dar daugiau – 40 procentų *Lunestos* tyrimo dalyvių atsisakė toliau dalyvauti tyrime, nors už tai jiems buvo mokama. Galų gale reikia pasakyti, kad *Lunestos* efektyvumo nepatvirtino nei EEG, nei kiti objektiviūs rodikliai.

Dar labiau situaciją pablogina tai, kad nemažai vaistų pastaruoju metu išrašomi „ne pagal indikacijas“, tai yra jie niekada nebuvo išbandyti, ar tinkami gydyti sutrikimui, nuo kurio gydytojas juos skiria. Kaip rodo 2005-aisiais atlikto tyrimo rezultatai,

iš dešimties dažniausiai išrašomų vaistų nuo nemigos tiktai *Ambien*, *Restoril* ir *Sonata* yra skirti kaip tik tam tikslui. Kiti septyni vaistai (pagal vartojimo populiarumą *Trazodon*, *Elavil*, *Remeron*, *Seroquel*, *Klonopin*, *Atarax* ir *Xanax*) iš tikrųjų yra skirti depresijai gydyti¹⁵. Daugybė žmonių geria receptinius vaistus, kurie, remiantis tyrimais, nepasižymi didesniu veiksmingumu už placebo ir kurie, vartojant juos ilgą laiką, gali sukelti daug šalutinių reiškinių. (Vaistų išrašymas „ne pagal indikacijas“ dabar yra dažnas atvejis – taip išrašoma penktadalis visų vaistų.)

Kai jau turite visą šią informaciją apie migdomųjų vaistų trūkumus, šalutinius poveikius ir nedidelį klinikinį veiksmingumą, kaip manote, kodėl gydytojai tiek daug jų skiria? Visų pirma todėl, kad agresyvi reklama visuomenę įtikino, jog šie vaistai yra saugūs ir efektyvūs. Čia svarbų vaidmenį vaidina ir farmacininkai – jie itin griežtai dozuoja informaciją, kuri pasiekia gydytojus, žiniasklaidą ir visuomenę. Štai kokių metodų griebsi farmacijos kompanijos:

- Jos organizuoja klinikinius tyrimus, tačiau paviešina tik tuos duomenis, kurie byloja vaisto naudai, o informaciją apie šalutinius poveikius pateikia taip, kad tie poveikiai atrodytų minimalūs. Visuomenė susidaro nuomonę, kad vaistas saugesnis ir efektyvesnis, nei kad yra iš tiesų.
- Farmacijos kompanijos dėmesį telkia į statistinį teigiamų vaisto savybių reikšmingumą ir visai nepaiso klinikinio reikšmingumo.
- Šios kompanijos slepia nepalankius sau tyrimų duomenis, o JAV Maisto ir vaistų administracija (organizacija, atsakinga už vaistų saugumą) be kompanijos sutikimo tokių duomenų paviešinti negali.
- Galų gale farmacininkai samdo viešųjų ryšių specialistus ir mokslininkus (pastarieji atlieka konsultantų vaidmenį), kad šie neobjektyvių tyrimų duomenis pateiktų kaip „proveržį medicinoje“.

Tas pasakytina ir apie *Lunestos* tyrimus. Daug publikacijų apie teigiamą šio vaisto poveikį parašė jį sukūrusios kompanijos atstovai, tarp kurių buvo ir žymių mokslininkų. Suprantama, taip pateikta informacija skamba įtikinimai. Iš tikrųjų beveik visus migdomųjų vaistų tyrimus finansuoja tos pačios kompanijos, kurios juos ir gamina. Kai migdomųjų vaistų tyrimus vykdo patys gamintojai, tyrimų duomenys retai būna objektyvūs, nes kompanijos linkusios paviešinti tik sau naudingus rezultatus¹⁶.

Tik maža dalis informacijos, kurią gauname apie migdomuosius vaistus, yra objektyvi. Deja, gydytojai, žiniasklaida ir pacientai ją priima už gryną pinigą.

Dabar jau nemaža dalis mokslininkų ir gydytojų, taip pat ir aš, nebevertiname farmacijos kompanijų finansuojamų tyrimų kaip patikimų informacijos šaltinių. Vaistų vartotojams derėtų elgtis taip pat. Į tokius tyrimus turėtų būti žvelgiama kaip į tamsiu šydu užslėptą rinkodaros strategiją. Į viską, ką perskaitote ir išgirstate apie migdomuosius vaistus, žiūrėkite skeptiškai ir turėkite omenyje, kad vartodami šiuos vaistus nuolatos prisiimate su tuo susijusią riziką.

Jeigu ruošiatės vartoti ar galbūt jau vartojate migdomuosius vaistus, atkreipkite dėmesį į toliau pateiktas rekomendacijas, kurios paremtos pačių naujausių tyrimų duomenimis:

Jeigu jums šešiasdešimt ar daugiau metų ir jūs sergate chroniška nemiga, jums geriau gydytis KET, o ne migdomaisiais vaistais. Rizikuoti sulaukti šalutinio poveikio dėl palyginti menko miego pagerėjimo tikrai neverta.

Senesnių benzodiazepininių vaistų (*Restoril*, *Dalmane*, *Xanax*, *Klonopin* ir *Ativan*) turėtų vengti visų amžiaus grupių nemigos ligoniniai. Panašūs į šiuos medikamentus, tačiau nesukeliantys nemalonaus pojūčio kitą dieną, yra naujesnės kartos vaistai *Ambien*, *Lunesta* ir *Sonata*; beje, prie šių ne taip priprantama.

Benzodiazepininiai vaistai turėtų būti išrašomi nuo miego sutrikimų tik tuomet, kai kiti gydymo metodai nepadeda. Daug gydytojų dabar mano, kad nuo tada, kai atsirado naujesni, ne taip pripratimą formuojantys vaistai, benzodiazepinai miego medicinoje apskritai neturėtų būti taikomi. Jei jūsų gydytojas, manydamas, kad nemigą jums sukėlė nerimas, išrašė raminamųjų benzodiazepininių vaistų, pavyzdžiui, *Klonopin* arba *Ativan*, žinokite, kad vietoj jų yra geresnis pasirinkimas. Tai naujesnės kartos serotonino reabsorbcijos inhibitoriai (SSRI), pavyzdžiui, *Lexapro* ir *Celexa*, prie kurių nepriprantama.

Prieš vartodami „ne pagal indikacijas“ tokius vaistus kaip *Remeron* ir *Trazodone*, turėtumėte būti atsargūs, nes yra labai mažai įrodymų, kad jie tinka nemigai gydyti ir kad veikia geriau nei placebo, be to, jie turi šalutinį poveikį.

Galiausiai yra naujų įrodymų, kad KET – tai itin veiksminga priemonė, padedanti žmonėms sumažinti migdomųjų vartojimą ar atsisakyti jų visiškai. Lavalio universiteto (Kanada, Kvebeko miestas) mokslininko daktaro Čarlzo Morino (dr. Charles Morin) tyrimas parodė, kad KET kartu su vaistų poreikį mažinančiomis technikomis, aprašytomis trečiajame šios knygos skyriuje, padeda atsisakyti benzodiazepininių migdomųjų. Tai pavyko pasiekti 85 procentams tiriamųjų, kurie šiuos vaistus vartojo kas dieną vidutiniškai 19 metų¹⁷.

Daktaro Čarlzo Morino rezultatai beveik sutampa su tais, kuriuos gavau aš – kad 90 procentų pacientų, kuriems gydyti buvo taikoma KET, pavyko sumažinti arba visiškai nutraukti migdomųjų vaistų vartojimą¹⁸. Tyrimai taip pat parodė, kad nutraukus benzodiazepininių vaistų vartojimą pagerėja kognityvinės funkcijos¹⁹.

Dėl to, kad per pastarąjį dešimtmetį migdomųjų vartojimas taip paplito, šiek tiek kaltas ir tvirtinimas, jog mums reikia aštuonių valandų miego. Daugybė žmonių žino, kad jiems pakanka ir trumpesnio miego. Aštuonių valandų jie neišmiegotų, net jei stengtųsi. Tačiau kai kurie mokslininkai ir žiniasklaida

toliau tvirtina, kad miegoti būtina mažiausiai aštuonias valandas per parą, kitaip dėl miego deficito gali kilti sveikatos problemų. Kad tai netiesa, aiškiai patvirtina daug naujų tyrimų.

Jau minėjau, kad esama ryšio tarp miego trukmės ir mirtinumo lygio. Tą ryšį nustatė dr. Danielius Kripkė su kolegomis iš San Diego universiteto Kalifornijoje. Jų tyrime dalyvavo daugiau nei milijonas suaugusių žmonių²⁰. Tyrėjai išsiaiškino, kad žmonių, miegančių septynias valandas paroje, mirtinumas per šešerių metų laikotarpį yra mažesnis, nei miegančių aštuonias ar daugiau valandų. Šias išvadas patvirtino ir išplėtojo dar du išsamūs tyrimai, kuriuose dalyvavo daugiau nei aštuoniasdešimt tūkstančių tiriamųjų. Tyrimų rezultatai patvirtino, kad aštuonių ir daugiau valandų per parą miegas tiesiogiai susijęs su padidėjusia mirtinumo rizika. Viename iš šių tyrimų nustatyta, kad žmonių, miegančių devynias valandas per parą, mirtinumo rizika yra didesnė už miegančių tik penkias valandas, o dešimt ir daugiau valandų per parą miegančių tiriamųjų mirtinumo rodikliai yra gerokai aukštesni nei tų, kurie miega vos keturias valandas²¹. Šių ir kitų tyrimų rezultatai rodo, kad miego trukmė ir mirtinumo lygis yra susiję dalykai. Tą ryšį galima išreikšti „U“ formos kreive: septynių valandų miegas lemia mažiausią mirtinumo lygį („U“ apačia), o miego trukmei palaipsniui trumpėjant ar ilgėjant mirtinumo lygis auga. Vis dėlto miego trukmės įtaka bendrai sveikatos būklei nėra tokia didelė, palyginus su tokiais gyvenimo būdo veiksniais kaip fizinis pasyvumas, rūkymas, alkoholis ir stresas. Beje, eliminavus pastaruosius veiksnius, trumpas miego laikas mirtinumo lygį padidina labai nedaug²². Tačiau jei miego laikas yra aštuonios ar daugiau valandų, mirtinumo lygis kyla net jei tie žmonės neturi jokių žalingų įpročių.

Nepagrįstai sakoma, kad miego trūkumas turi ryšį su diabetu, nutukimu bei imuninės sistemos nusilpimu. Buvo atlikti keli nedidelės apimties miego tyrimai, kurių rezultatai parodė, kad trumpesnis už keturias valandas miegas turi ryšį su organizmo

rezistencija insulinui (šis sutrikimas įspėja apie gresiantį diabetą). Daugiau nei devynias valandas miegojusiems tiriamiesiems toks ryšys nenustatytas²³. Vis dėlto nereikia remiantis vien šiu tyrimų rezultatais skubėti diabetą susieti su miego trūkumu. Tam yra keletas priežasčių. Pirma, šie tyrimai nebuvo pakartoti su didesniu tiriamųjų skaičiumi, todėl kliniškai jų rezultatai nėra reikšmingi. Antra, tirti buvo jauni žmonės, o jų organizmai gali būti jautresni miego trūkumui. Trečia, nėra prasmės lyginti ilgesnio nei devynių valandų miego su trumpesniu nei keturių valandų miegu, nes mažai kas miega ilgiau nei devynias ir trumpiau nei keturias valandas per parą. Ketvirta, su rezistencija insulinui siejamas ir stresas, kuris sveikatai kenkia kur kas labiau nei miego trūkumas. O stresą tiriamiesiems galėjo sukelti kai kurios tyrimo procedūros. Penkta, jokie tyrimai neparodė, kad tarp nemigos ir diabeto esama tvirtų sąsajų. Per pastaruosius dvidešimt metų esu gydęs daugiau nei dešimt tūkstančių nemigos kamuojamų žmonių ir diabetu sirgo labai maža jų dalis. Be to – ir tai svarbiausia – naujausiais tyrimais nustatyta, kad žmonės, miegantys daugiau nei aštuonias valandas per parą, diabetu susirgti linkę labiau už tuos, kurie miega mažiau nei penkias valandas. O tai iš tiesų verčia abejoti, kad trumpas miegas didina diabeto riziką²⁴.

Tas pat pasakytina ir apie teiginius, kad miego trūkumas skatina nutukimą. Joks tyrimas įtikinamai neparodė, kad egzistuoja toks tiesioginis priežastinis ryšis. Netgi atvirkščiai – atsvorį gali lemti ilgas miegas, nes žmonės, kurie ilgiau miega, paprastai mažiau juda²⁵.

Taip pat nėra tvirtai nustatyta, kad miego trūkumas susilpnintų imuninę sistemą. Nors keli tyrimai parodė, kad sutrumpinus miegą nuo aštuonių iki keturių valandų imuninė sistema silpnėja, reikia pakartoti, kad keturių valandų miegas yra netipiškas reiškinys. Miegui sutrumpėjus mažiau, imuninės sistemos funkcijos nenukenčia. Beje, imuninės sistemos susilpnėjimas, užfiksuotas minėtuose tyrimuose, nesukėlė jokios ligos. Jei