

Қ. Құнанбай, А.Қ. Қаирбеков, Е.Ш. Құдабаев, А.Б. Ералиева, Д.С. Смайлова, Э.А. Бокаева
 С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті
 Клиникалық фармакология және фармакотерапия кафедрасы

ЕГДЕ ЖӘНЕ ҚАРТ ЖАСТАҒЫ АДАМДАРДЫҢ ҰЙҚЫНЫҢ БҰЗЫЛУЛАРЫ КЕЗІНДЕГІ КОГНИТИВТІ МІНЕЗ-ҚҰЛЫҚ ПСИХОТЕРАПИЯСЫ

Бұл мақалада когнитивтік-мінез-құлық терапиясы ұйқының басқарылу дағдыларын ұйқыдағы кезеңдерді қалыпқа келтіру жолдарын үйрететін түрлі әдістер арқылы емдеу бағыттары сипатталған.

Түйінді сөздер: когнитивті мінез-құлық психотерапиясы, қартаюу, егде жас, когнитивті әдістер, мінез-құлық әдістері.

Демографтар әлемнің барлық дамыған елдерінде бүгінгі күні халықтың қартаюуы қарқын алуда. БҰҰ болжамына сәйкес, келер 25 жылда 60 жастан асқан адамдардың саны 1,2 миллиард адамға жетеді. Сонымен бірге, 80 жастағы адамдар санының көбеюімен қатар, қазірдің өзінде 100-ден асқан қарттар саны артауда. Соңғы зерттеулерге сәйкес, ғаламшарымыздағы қарт адамдар саны (75 - 80 жас) жыл сайын 2,4% -ға артады.

Зейнеткерлік жаста, адам саны жылдан жылға көбеюде. Бұл үрдіс геронтологияны ғана емес, гериатриялық қызметтің, атап айтқанда, гериатриялық фармакологияны дамытуды талап етеді. Орташа есеппен алғанда, 60 жастан асқан бір науқаста төрт немесе бес түрлі аурулар бар деп есептелінеді, бұл әрине осындай науқастың көптеген дәрі-дәрмектерді тұтынуының ұлғаюымен бірге жүреді. Алайда, егде адамдардың фармакодинамикасы мен дәрілік дәрілік заттардың фармакокинетикасы жиі өзгереді, олардың жанама әсерлерінің деңгейі әлдеқайда жоғары. Бұл дәрігердің біліксіздігі егде жастағы науқастарда аурудың дамуын күшейтуі мүмкін. Сондықтан, өте маңызды мәселе - гериатриялық фармакология негіздерінде түрлі мамандықтар бойынша дәрігерлерді дайындау.

Әрбір дәрігер гериатриядағы дәрілік дәрілік заттардың мөлшерін, дәрілік өзара әрекеттесудің ерекшеліктерін, дәрілік заттардың қажетсіз әсеріне организмнің төзімділігін арттыру жолдарын оңтайландыру қажет.

Соңғы жылдардағы зерттеулердің нәтижесі ұйқысыздық дертінің өсуі байқалады, егде және қарт жастағы адамдардың күрделі клиникалық мәселелері шешуде когнитивті мінез-құлық терапиясының икемділігін бейімдеу (уайымшылдық, депрессия, ұйқысыздық, созылмалы ауырсынулар, ішімдікке тәуелділік, қайғы) [6]. Егде жастағы науқастардың кейбіреулері депрессиямен, мазасыздық немесе ұйқысыздық кезінде тағайындалған фармакотерапиялық ДЗ қаламаса да қолданады және жиі психотерапияның араласуын қалайды [5].

Егде және қарт жастағы адамдардың физиологиялық және психологиялық ерекшеліктерін ескере отырып ауруларды қартаюға байланысты деген түсінік, осы жастағыларға психотерапияны қолдану және табысқа жетуге кедергі жасайды. [7]. Қартаюу кезеңіндегі көп өзгерістер мен ағза бұзылыстары созылмалы депрессияға әкеледі деп түсіндіріледі. Парадигманың пайда болуымен қартаюу егде және қарт жастағы адамдардың физикалық және психикалық компенсаторлық мүмкіншілігіне қарамастан, егде жастағы адамдардың физикалық мазасыздық пен созылмалы аурулар әсер етеді. [6]. Бір жағынан психотерапия маңызды мәселелерді толық жоймайды, көптеген қарт адамдар уайым қайғыға байланысты (жақындарынан айырылу, аурудың асқынуы, мүгедектікке әкелуі мүмкін), бірақ басқа жағынан алсақ психотерапиялық көмегі тиімді болуы мүмкін, ағзаның ішкі ресурстарын ашу, байыту стратегияны өзгерту, күйзелістің деңгейінің төмендеуіне өз үлесін қосады [6].

Қарт адамдардың ұйқысының бұзылуларының терапиясы және эпидемиологиясы.

Ұйқысыздықтың таралуы жасы ұлғайған сайын тұрақты түрде жоғарылайды [6]. Шетелдік зерттеулерге сәйкес, 65 жастан асқан адамдардың 15 - 35% созылмалы ұйқысыздық мәселелерімен шағымданады [5]. Зерттеулерге жүгінсек, егде және қарт жастағы адамдардың 2/3 өзінің ұйқысына риза емес және тұрақты түрде жатарда ұйықтауы қиын, сол сияқты жиі және ерте оянуынан ұйқының ұзақтығының қысқаруы дамиды. [7].

Көптеген қарт адамдар ұйқысыздықтан жиі өзін-өзі емдейді, дәрігерге қаралмайды. Көбінесе ұйқысыздықтың бұзылысынан фармакологияның араласуымен гипноздық дәрілік заттарды жиі әсіресе бензодиазепин тобын ұзақ уақыт бойы қолданады [8]. Зерттеулер көрсеткендей, басқа жастағы науқастарға қарағанда, егде жастағы науқастарда осы дәрілік заттардан жиі қолайсыз жанама әсерлері туындайды [4]. Қарт адамдар әдетте бірнеше дәрі-дәрмектер қабылдайды және жағымсыз әсерлерге бейімділігі жоғары болуымен ерекшеленеді, терапияның осы түрімен әсіресе ДЗ фармакодинамикасына байланысты [6]. Сонымен қатар зерттеулер көрсеткендей, қарт адамдарда бензодиазепин ДЗ ұйқының баяу толқындық сатысын басады. [8]. Ақырында, ұйқының бұзылысында фармакотерапия ең алдымен қысқа мерзімде қолданады, ал ұзақ мерзімде пайдаланғанда жиі тәуелділікке әкеледі, бұл ұйқының бұзылысын күшейтеді. Қазіргі заманда биопсихологиялық - қоғамдық біржақты түсіндірілуі, аурулардың фармакотерапиясы бұзылыстардың жалғыз емдеу тәсілі болмауы тиіс. Егде жастағы адамдарда ұйқының көптеген бұзылысы созылмалы болып табылады бірақ психикалық және соматикалық бұзылыстар әртүрлі үйлесімді формада болады [1]. Ұйқысыздық егде жастағы адамдарда бұзылыстың аффективті көрінісінің себебі мен салдары болуы мүмкін [2]. Қарт адамдарда ұйқысыздыққа шағымдар болған жағдайда депрессияның пайда болу қаупі жоғарылайды. Шамамен науқастардың 51% ұйқының созылмалы бұзылыстары ішінде психикалық бұзылыстар бар (субдепрессия, депрессия, көңіл күйінің бұзылысы, химиялық тәуелділік). Психогенді әсер етуі неврологиялық, психикалық бұзылыстарының кездесу жиілігі ұйқысыздықтың 80% жетеді. Қарт адамдарда психогенді депрессия невротикалық деңгейде байқалады, стресске депрессиялық реакция, стресстің дистимиялық бұзылысы, субклиникалық деңгейде эндогенді аффективті бұзылыстарға ұласуы мүмкін. [8]. Шамамен 30—40% қарт адамдардың ұйқысыздықпен күйзеліс және көңіл-күйдің бұзылысына шағымданады. Дегенмен, бұл қалыпты қартаюу кезінде ұйқының құрылымының өзгерісі ұлғаяды баяу толқынды ұйқы ұзақтығының айтарлықтай қысқаруы пайда болады (көбінесе ер адамдар). REM (жедел ұйқы көз қозғалып түс көру кезеңі) сатысының аздап қысқаруы, парадоксикалық ұйқы және жалпы ұйқының ұзақтығы төмендейді. Өздігінен түнгі оянулар саны 85 жаста оның 20% (соның ішінде ұйқы кезеңінде), жалпы уақытысынан жоғарылайды. Таңертең қарт адамдар оянғанда шаршау жиі сезіледі. Күні бойы олар шаршау, ұйқышылдық және тітіркендіргіштік түзіледі.

Осыған байланысты шынайы емес жағымсыз үміт қалыптасады, қалаған ұйқы сапасымен уақытқа қатысты өзгереді. Осылайша, қарт адамдарда ұйқының ұзақтығы қысқарады, ал психологиялық сұраныс сол қалпында қалады [1]. Аталған жоғарыдағы өзгерістер тіпті қалыпты қартаюуға тән, айқын емес созылмалы соматикалық немесе психикалық ауруларға әкеледі. Осыған байланысты ұйқының бұзылысында кешенді терапия соматикалық емге бағытталмаған, науқастың белсенділігін, терапиядан оң нәтижеге жету үшін шағымына сәйкес соматикалық және психикалық бұзылыстарды нақты емдеу стратегиясын таңдау. Біз көптеген зерттеулер фармакологиялық пен психотерапиялық емдеу ұйқының бұзылысында емнің эквивалентті тиімділігін арттырады. Терапияның әрбір түрінде артықшылықтар мен кемшіліктері бар. [9].

- Фармакологиялық терапия тез және тұрақты әсері бар. Бірақ, дәрілік заттар қабылдауының қауіпсіздік мәселелері (тәуелділіктің қалыптасуы, когнитивті бұзылыстар б).
- Психотерапиялық терапия қысқа мерзімді, тұрақты әсері бар, емдеуші дәрігерге қолайлы. Бірақ та, кейбір науқастарға қолдануға болмайтын немесе мүмкіншілігі аз, осыған байланысты олар психотерапия басталғанға дейін дәрі-дәрмектерді қолдануды тоқтата алмайды. Ең маңызды міндеттердің бірі ұйқының бұзылысында фармакологиялық емес емдеу әдісі – тиімді нәтижесі жоғары болса

фармакотерапиядан бас тартуы қажет. Осылайша, когнитивті мінез-құлық психотерапиясы ұйқысыздықты стандартты фармакологиялық емес емдеу әдістері, психотерапияның тиімділігі бірқатар зерттеулерде анық көрсетілген [9]. Когнитивті мінез-құлық психотерапиясы науқастар үшін ең қолайлы түрі, науқастар ұйқысыздықтың салдарынан ұйқыға байланысты негативті жағымсыз ойларға шағымданады. Қарт адамдардың ұйқысыздығын емдеудің негізгі мақсаты: Өмір сапасын жақсарту және науқастардың соматикалық және психикалық даму қаупін төмендету, отбасындағы жағымсыз қатерлі жағдайлардың деңгейін төмендету [9]. Егде жастағы науқастарда ұйқының бұзылыс мәселесі болғанымен, тек 15% егде жастағы науқастар созылмалы ұйқысыздықтан фармакологиялық емес емді таңдайды [8]. Қазіргі уақытта ұйқысыздықты емдеу нақты тиімді дәлелдемелері тек бастапқы ұйқысыздықты емдеу тек ғана ұйқы емес, сонымен бірге психикалық бұзылыстармен, созылмалы аурулармен және де нейрогендік бұзылыстармен бар (мысалы алжу т.б) [10]. Емдеудің тиімділігін қорытындылай келе шамамен науқастардың 70—80% терапиялық жауабы оң нәтижелі, оның ішінде шамамен 40% толық клиникалық жоғарғы нәтижеге қол жеткізеді [9].

Ұйқының бұзылысындағы когнитивті мінез-құлық модельдері.

Ең көп когнитивті модельдердің негізгі қағидасы когнитивті қозу әдісі- физиологиялық қозуды жоққа шығармайды. Когнитивті қозу ұсынады, бұл ұйқының бұзылысы кезінде тез бейімделеді, асқинулар шақырмайды және созылмалы факторларға айналуы мүмкін [8]. Ұйқысыздықтың модельдерінің ішінде ең көп кездесетіні модель А. Spielman моделі болып табылады.

Ұйқының бұзылысын А. Spielman моделінде болжау мен бақылауға мүмкіндік береді. Бұл модельдің негізінде диатездік-стрестік модельдің қағидасы жатыр, мінез-құлық факторын ескереді, бұл бір жағынан қаншалықты жедел ұйқысыздық созылмалы күйге жетуіне, екінші жағынан, емдеу кезінде қандай факторларды ескеру ұсыну керек екенін айқындайды. Диатездік-стрестік модельдің факторлары бұл ұйқысыздық жедел болуы бірқатар факторларға байланысты. Ұйқысыздықтың созылмалы түрі мультифакторлық емдеудің жеткіліксіздігіне байланысты сақталады, бұл ұйқының бұзылуын қолдайтын созылмалы факторлардың пайда болуына әкеледі. Осылайша, адамдар ұйқысыздыққа жеке ерекшеліктеріне байланысты бейім болуы мүмкін, стрестік факторлар, оның ішінде тұрақты мінез-құлық үлгілері дамиды [9]. А. Spielman ұйқының бұзылысы кезінде келесі даму факторларын жіктейді. (Кесте 1).

Кесте 1 - Ұйқыны дамытатын факторлар (А. Spielman)

	Биологиялық аспектісі	Психологиялық аспектісі	Әлеуметтік аспектісі
Алдын-алатын	Қозғыштық/гиперактивтілік. Ұйқының әлсіз генерациясы	Мазасыздық, тітіркенгіш, тұрақсыз көңіл күй	Ұйқының жағдайы, ұйқы режимінің дұрыс болмауынан; /әлеуметтік/кәсіби талаптар ұйқы режимін әсер етеді
Ықпал ететін	Аурудың болуы, бұл ұйқысыздыққа алып келетін тікелей немесе тікелей емес факторлар	Стреске жедел реакциялары немесе психикалық бұзылыстардың басталуы	Науқастың әлеуметтік ортада өзгеруі байланысты, бұл ұйқының режимінің өзгеруіне тез бейімделуін күтеді
Қолдаушы	Түрлі басқаша стратегиялар, адамдардың ұйқысының сапалығын жақсартады. Мысалы, көп уақыт төсекте болса және уақытты ұйқысыз өткізсе артады. Алайда, мұндай мінез-құлық жиі ұйықтай алмау мүмкіндігіне немесе ұйықтау мүмкіншіліктер арасындағы айырмашылықтар болады. Егер науқас өзін ұйықтауға мәжбүрлеуге көп уақытын кетіретін болса, қолайсыздықтар жоғарылайды.		

Осы үлгі бойынша, ұзақ уақыт бойы мінез-құлық және психологиялық компоненті әсер ететін факторлардың сипатына қарамастан әрдайым ұйқысыздықты қолдауға қатысады [9]. А. Spielman когнитивті модель терапиялық интервенцияның бағыттарын құруға мүмкіндік береді. Мысалы: Егер созылмалы ұйқысыздық болса, ең алдымен қолдау факторларына қатысты, содан кейін осы стратегияны қолдайтындар, мінез-құлық пен когнитивті әдістерді қолдану мінез-құлықтың жеткіліксіз нысандарын жоюға бағытталған. Яғни, мінез-құлықтың алдын алу үшін науқастың төсекке қанша уақыт жұмсайтынын қадағалау керек, негізі ұйқыға емес, төсекте болған уақытына байланысты. Емдеу осы факторларға бағытталуы тиіс, тіпті кейбір факторлары ұйқының бұзылуын сақтауда әлі де маңызды рөл атқарады. Алайда бұл модель жиі сынға ұшырайды, бұл факторлардың төртінші тобын анықтауға байланысты – шартты қозу факторлары, ол созылмалы ұйқының бұзылуына әсер етеді [8].

Зерттеулер көрсететкендей созылмалы ұйқының бұзылуы факторларының бірі өзін-өзі реттеу тетігін бұзу болып табылады. Ұйқының бұзылысы кезінде алғашқы симтомдары дистресске байланысты болуы мүмкін, созылмалы соматикалық ауруларымен, уайымдаумен, біріншіден, науқастың өзінің ұйқысы туралы уайымдауы мүмкін, екіншіден, өздерінің ұйқысын бақылауға әрекеттенеді. Соған байланысты адамда мұндай бақылау жиі болса бұл өзін-өзі реттеудің сәтсіздігіне әкеледі, жағдайының нашарлауына және ұйқы және уайымшылық жоғарылайды, бұл ұйқының бұзылуының «жасанды шеңбері» пайда болуына әкеледі.

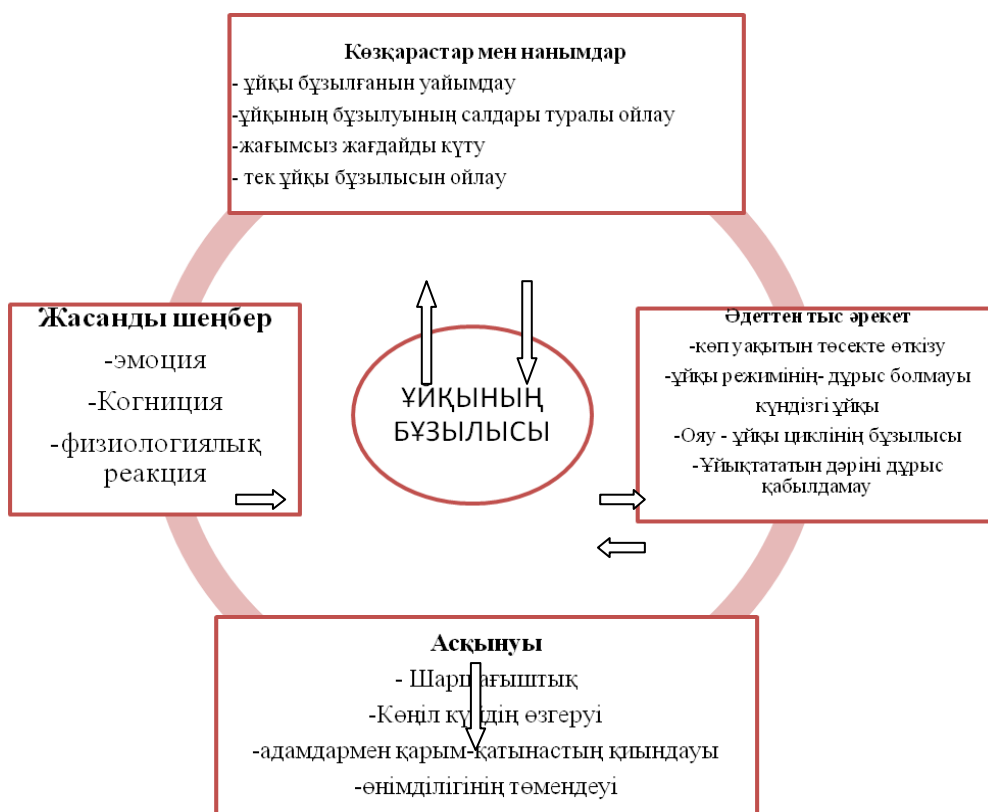
Түрлі ұйқының бұзылуының жасанды шеңберін тудырады. Адамның оянуы алғашқы факторларға байланысты емес, бірақ ұйқының бұзылуымен күресуге бағытталған. Бұл ұйқыға назар аударуға әкеледі, жатар алдында уайымшылық пайда болып, ұйқы рәсімін қалыптастыру және өзін-өзі шектейтін мінез-құлық пайда болады [7].

Қарт адамдардың когнитивті мінез-құлық психотерапиясының принциптері.

Егде және қарт жастағы адамдардың когнитивті мінез-құлық психотерапиясы өткізу кезінде бірқатар кешенді нысандарды қарастыру қажет:

1. Ақпаратты өңдеу жылдамдығының науқастың жасына байланысты қысқарту себебінен емшараны орындаудың баяу қарқынымен пайдаланыңыз.
2. Баяу және ақырын сөйлеңіз. Есту қабілетінің өзгеруі жасына байланысты, маңыздысы, терапевт анық, баяу сөйлеу керек.
3. Терапияның икемді нысандарын қолдану («жазыңыз», «көрсетіңіз», «қайталаңыз»), терапия емшарасын жақсартуға мүмкіндік береді. Психотерапевт әрқашан жағымды болуға ұмтылуға тиіс, бұл нұсқаулар егде жастағы науқасқа түсінікті болу керек.
4. Еске салғыштарды қолдану. емшараның күн тәртібін ірі ақ тақтада жазыңыз.
5. Түсіндіруді азайтыңыз және қолдауды пайдаланыңыз. Кейбір егде жастағы науқастар терапия кезінде тақырыптан «**ауытқитын**» болады, осыған байланысты визуальды және вербальды кеңестер пайдалана аласыз, науқасты терапия күн тәртібіне қайтарады.
6. Науқасты ынталандыру үшін жазбаларды сақтау.
7. Жаттығуларды күшейтуге көп көңіл бөліңіз (демонстрация) және рөлдік ойындарды пайдалану.

8. Ішінара ұй тапсырмасын бастаңыз емшарада да мінез-құлық тәжірибесін сынауға бағыттау.
 9. Науқастан емшараның қорытындысы бойынша жалпыланған тұжырымдар жасауын сұраңыз.
 10. Науқастардан жазбалар мен материалдарды еске алу үшін құжатты сұраңыз.
 11. Алдыңғы емшарамен үнемі байланыстырыңыз және науқасқа соңғы емшарада болған жағдайды есіне түсіріңіз. Егер егде жастағы науқас қиын болса, мазмұнды еске түсіріңіз немесе алдыңғы емшараларды қайталау, дәрігер бұл үрдісті қолдап, жұмыстың негізгі фрагменттері туралы айту, науқасқа пайдалы екенін ескертіңіз.
 12. Терапия емшарасын жалғастыру. Терапияның қарқынын төмендету, терапияның толық хаттамасын енгізу уақытын арттырады. Алайда, когнитивті функцияның төмендеуі егде жастағы адамдарда да мәселесі болуы мүмкін, сондықтан да емдеу хаттамаларына бейімделуді талап етеді. Мысалы, жеңілдетілген ұйқының күнделігінде ұйқыға кететін уақытты көрсете отырып, төсекте болған кезде, ұйқы басталған уақытта және жалпы ұйқы уақыты жеткілікті ақпаратты бере алады, бұл көрсеткіш емдеуді жалғастыру үшін керек. Сонымен қатар, емдеу тек уақытты шектеуге бағытталуы мүмкін, кереуетте жұмсалған, барлық компоненттерді қамтымайды [7].
- Бұдан кейін ұйқының бұзылуын емдеуде когнитивті мінез-құлық психотерапиясының когнитивті және мінез-құлық тәсілдерін қолданады (сурет 2).



Сурет 2 - Ұйқының бұзылысы кезіндегі жасанды шеңбері

Когнитивті және мінез-құлық тәсілдері.

Бастапқыда, ұйқының бұзылуындағы психотерапияның мұндай әдістері оқшауланған, ынталандыруды бақылау, ұйқыны шектеу, ұйқы-тынығу циклінің гигиенасы және когнитивті қайта құрылымдау болатын (кесте 2). Дегенмен, оқшаулануды қолданумен, олар тек бір әдіске шоғырланған [1,2].

Когнитивті әдістерге тоқталсақ, дисфункционалды нанымдарды қадағалауға арналған, ұйқыға қатысты және күнделіктегі ойлар мен мінез-құлық тәжірибелерінің көмегімен олардың сенімділігін бағалау. Когнитивті әдістердің мақсаты: Ұйқы туралы көріністерді анықтау; ойдың шыншыл, шыншыл емес екендігін бағалау; жалған ақыл-ойларды шынымен қайта айқындау; қарттар мен егде жастағы ұйқының физиологиясы мен ұйқының ерекшеліктері туралы ақпараттың болуы [4,5]. Ақпаратты өңдеу стратегиясымен жұмыс істеген кезде науқастар түсінеді, олардың алаңдаушылығы мен апатты ой-пікірлері теріс және жойқын. Мысалы, дихотомдық ойлауда, науқастар «әрдайым» (мысалы, «Мен әрдайым нашар ұйықтаймын»), немесе «ешқашан» (мысалы, «Мен ешқашан жақсы ұйықтай алмайтын шығармын») ұйқының бұзылуына қатысты [5]. Олар әдістерді қолдануымен түсінеді, бұл өткен түнде, олар нашар ұйықтап жатқанда, өз үйінде өз істерін жасай алады, оқушыларды қабылдап, дүкенге бару, бірақ олар үшін күшінің шығынына әкеледі. Нашар ұйқыға қарамастан, олар сәтсіз болды, үйде оқитын оқушылармен сабақтарды тоқтатпады. Олардың ауруларының жағдайы нашарламайды. Дегенмен, олар сенімді болуы мүмкін, науқас және тартымсыз болып қалады, қоршаған адамдар оны байқайды. Зерттеулер көрсеткендей, қарттар мен егде жастағыларды келесі нанымдар басым болады [6]:

- Ұйқысыздықтың себептері туралы қателіктері («ұйқысыздық қартаюдың қалыпты бөлігі», «ұйқысыздық менің қуығымның нейрогендік бұзылыстарынан», «ұйқысыздық – менде көптеген аурулар мен ауырсынулар, және де жүйкем жұқарған»);
- Түнде ұйқысыздықтың қайталануын - «жақсы» ұйқының болуын күту (Мен күніне 8 сағат ұйықтауым керек»);
- Ұйқысыздықтың салдары туралы дұрыс емес пікірлер («Ұйқысыздық мені ауру және жүйке бұзылуын тудыруы мүмкін», «Ұйқысыздықтан күні бойы шаршап, өзімді нашар және сәтсіз сезінемін»);
- Күндізгі жағдайының нашарлығы туралы қате пікір («Ұйқысыздықтан бүгін мен үшін жаман күн болды», «мен түнде ұйықтамағандықтан күндіз шаршап жүремін», «ұйқысыздықтың салдарынан толық күнді өткізе алмаймын»);
- Ұйқының бақылауы туралы қателіктер («Мен жақсы немесе жаман ұйықтайтын уақытты болжай алмаймын»);
- физикалық күш жұмсағанына байланысты жақсы ұйықтайсын деген пікірлер («менде, ұйықтаумен қиындық туындаса, төсекте жатып және ұйықтауға тырысамын»).

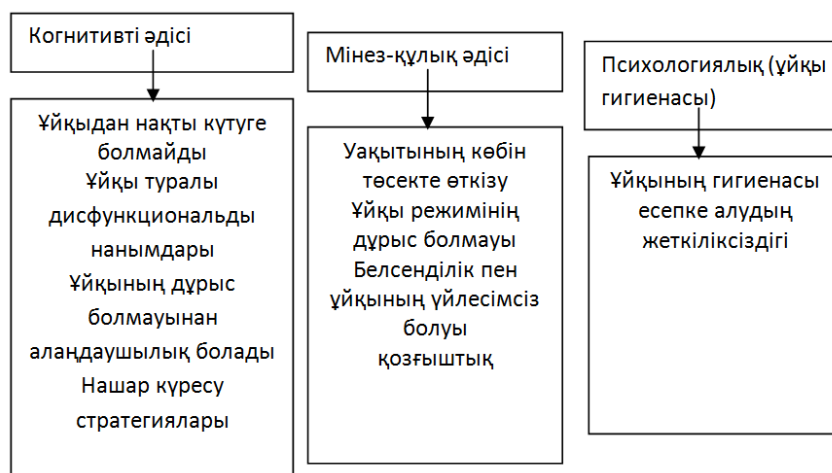
Кесте 2 - Ұйқының бұзылулары кезінде когнитивті мінез-құлық психотерапиясы хаттамасының мінез-құлық әдістерінің сипаттамасы

Әдістері	Сипаттамасы және мақсаты	Қарт науқастарға арналған ескертулер
Ұйқыны бақылауға үйрету	Бұл әдіс жылдам ұйықтап қалуына кепілдік беруді көздейді. Нұсқаулығы: 1) төсекке жатыңыз, тек ұйқыңыз келгенде; 2) төсекті ұйқы кезінде және жыныстық қатынас кезінде пайдалану; 3) 15-20 минут аралығында ұйықтай алмасаңыз төсектен тұрыңыз; 4) монотонды жұмысты орындаңыз; 5) төсекке қайта оралыңыз. Сағаттың бетін қабырғаға қаратып қойыңыз. Ұйқының мөлшеріне қарамастан, белгілі бір уақытта ояну керек	Қарт науқастарға жұмысты шектемеу және демалысты белсенділікпен араластыруға тырысыңыз (күндізгі белсенділік пен шаршауды бақылаңыз). Егер ұйқының ұзақтығының уақытысы қысқа және уақытылы болса, күндізгі ұйқы пайдалы болуы мүмкін. Қарт адамдардың күндізгі шаршағыштығын азайтуға көмектеседі. Белсенді болу үшін, таңертең және кешкі ұйқыдан басқа әртүрлі әрекеттерді қолданыңыз
Ұйқыны шектеу	Бұл әдіс төсекте өткізілген және науқастың ойы бойынша шын мәнінде ұйықтап жатқан уақытты азайту, содан кейін ұйқының тиімділігіне қарай, төсекке жұмсалатын уақытты арттыруға рұқсат етіледі. Ұйқының күнделігінде күн сайын ұйқыдан ояну, жату уақытын және ұйқының тиімділігін көрсетіңіз	
Парадоксикалық әдісі	Науқасқа тікелей ақыл-ойына қайшы келетін кеңес беріледі, мысалы, оятқыш сағатын белгілі бір уақытқа қоямыз (30 минут, 1-2 сағатқа). Көзді жұмуды сұраңыз және әрбір 5 минут сайын 30 минут өткенін қараңыз. Әрі қарай 1 сағат және 1-2 сағат қадам жасайды.	
Босаңсу әдістері	Жүйке-психикалық шиеленісті төмендету (мысалы, прогрессивті бұлшық ет босаңсуы, аутогенді жаттығулар) немесе ұйқыға кедергі жасайтын жағымсыз ойлармен жұмыс жасау (мысалы, ментализация, медитация)	Босаңсу әдісі оқыту мен күнделікті тәжірибені талап етеді, кем дегенде 2-4 апта толық босаңсу рәсімінің сипаттамасы және қарт адамдарда тиімділігін толығырақ талқылайды. Прогрессивті бұлшық ет босаңсу әдісі мұқият орындауды қажет етеді, кейде қарт адамдарға оны түсіну мен қолдануды қиындық туғызады. Бұлшық ет жиырылуын алдын алу үшін және артритте бұлшық еттің статикалық жиырылуы кезінде босаңсу әдісінің пассивті түрін қолдану.
Ұйқының гигиенасы	Жалпы ұсыныстар (емдәм, физикалық жаттығулар, психобелсенді заттарды алып тастау) және қоршаған орта факторларының өзгеруі (мысалы, жарық, шу, температура), бұл ұйқыға кедергі келтіруі немесе ұйқыны болдыртпауы мүмкін	Ұйқының мәселелерін жеңу кезіндегі қиындықтардың болуы – қалыпты жағдай. Бұл стратегия ұйқының гигиенасына әсер етеді, қорғаныс мінез-құлыққа ікеледі. Физикалық белсенді болудың маңыздылығы (күніне үш рет белсенділік-жұмыс деңгейін қамту, шаршағыштық пен ұйқышылдықтың деңгейін ескеру. Күннің белсенді уақытын таңдап, науқастың өмір сүру ерекшелігіне байланысты үшке бөлеміз). Қарт адамдарға қоршаған ортаның факторлары ұйқыға әсер етуін маңызды екенін ұмытпау

Ұйқының бұзылысы кезінде когнитивті мінез-құлық психотерапиясының құрылымы.

Ұйқының бұзылуын кешенді емдеу толық болуы керек, 3 суретте көрсетілгендей.

Тікелей когнитивті және мінез-құлық факторларына бағытталған, бұл ұйқысыздықты қолдау, оның ішінде осындай факторларға қатысты, төсекте көп уақытты қалай өткізуге болады.



Сурет 3

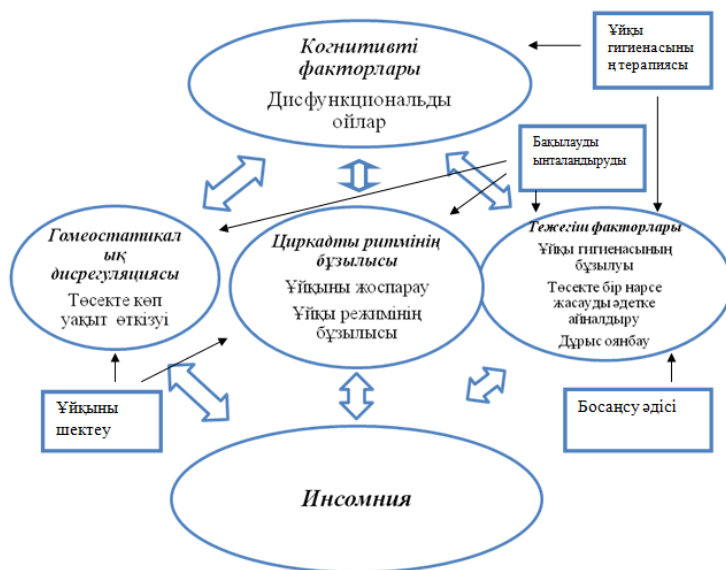
Ұйқының бұзылысы кезінде когнитивті мінез-құлық психотерапиясының құрылымы ұйқы күндіз, сергек болудың тұрақты емес кестесі, ұйқының азаюы туралы шамадан тыс жаман ойлар, күндізгі ұйқының салдары туралы және түнде ұйқының бұзылуына туралы ойлардың болуы [6]. Когнитивті мінез-құлық психотерапиясының түрлі әдістері, әдетте 6-8 терапия емшаралары арқылы жүйелі түрде басқарылады (4 сурет)

Төртінші суретте «ұйқыға шектеу» мінез-құлық әдісі, әдетте, бірінші, және «ынталандыруды бақылау» әдісі, когнитивті әдісі және «ұйқы гигиенасының» әдісі көрсетілген. Бұл ұстаным емдеу мақсатына байланысты өзгеруі мүмкін, клиникалық бағалауда анықталады. Ұйқысыздықтың мәселесі басқа психикалық және соматикалық мәселелерге қарағанда салыстырмалы түрде, екіншілік жағдай болуы мүмкін. Қажет болған жағдайда осы бұзылыс кезінде қолданған жөн, мысалы, егде жастағылардың мазасыздануы немесе депрессиясында [5].

Жалпы ұйқы бұзылысының емдеу 4—10 емшарадан құралады, ұзақтығы 50-60 минут және шамамен аптасына бір рет, емдеуді бастамас бұрын екі апталық үзіліспен, ұйқы алдында және ұйқы кезінде мінез-құлықтың өзін-өзі бақылауын қамтамасыз ету үшін жүргізеді [7]. Әдетте, емшара өткізу үшін стандартты тәсіл интерактивті және дидактикалық болып табылады. Ұйқының бұзылысы кезінде келесі құрылымға ие:

• Бірінші емшара (60—120 минут).

1. Науқаспен амандасу.
2. Науқас туралы анкетаны (сауалнама) толтыру.
3. Клиникалық сұхбат жүргізу (жасы, әлеуметтік және отбасылық жағдайы, бойы, салмағы. Басқа да аурулардың болуы. Ұйқының ұзақтығы, ұйқының бұзылу жиілігі. Бұрын ұйқының бұзылуы болды ма? «Ұйқы-ояу» циклының жеке ерекшеліктері. Ұйқысыздық туралы сауалнама. Ұйқысыздықтың ауырлық индексі. Ұйқы туралы дисфункционалдық нанымдардың шкаласы. Күйзеліс деңгейі. Жалғыздық пен депрессияның болуын бағалау.
4. Науқаста физикалық немесе психикалық бұзылыстың бар-жоғын анықтау. Ұйқының бұзылуының үш факторының болуын анықтаңыз.
5. Науқасқа емшара жарамды екенін анықтау.
6. Емдеудің басқа мүмкін болатын нұсқасын анықтау.
7. Науқасқа емі туралы қысқаша шолу жасау. Науқасқа емшара тиімділігі мен негізгі жағдайларын таныстыру,
8. Науқасты ұйқы күнделігімен таныстыру.
9. Науқастан кері байланыс алу.
10. Апта сайынғы күн тәртібін белгілеңіз.



Сурет 4 - Ұйқының бұзылысы кезінде емдеу алгоритмінің мінез-құлық әдістерін қолдану

• Екінші емшара (60—120 минут).

1. Ұйқы күнделігін талдау және қорытындылау (ұйқы күнделігінде TST есептеледі (жалпы ұйқы уақыты) = TIB (төсектегі уақыты) — (SL (ұйқының кідірісі) + WASO (ұйқы басталғаннан кейін ояну)).
2. Емдеу жоспарын құру. Психофармакотерапиядан бас тарту.
3. Апта бойынша күнделік деректерін қарап шығу.
4. Науқасқа ұйқысының когнитивтік моделін түсіндіру.
5. Науқасты мінез-құлық әдісін шектеумен таныстыру және бақылау.
6. Жалпы уақытты талдау, төсектегі уақытты (TIB) және төсектен тұру уақыты (TOB).
7. Мінез-құлық стратегияларын әзірлеу: белгіленген уақытта ұйықтауға болмайтынын және түнде ояғанда не істеу керек екенін.
 - Үшінші емшара (45—60 минут).
 1. Ұйқы күнделігіндегі нәтижелерін қорытындылау және графикалық түрде көрсету.
 2. Мінез-құлық тәсілдері саласындағы жетістіктерді бағалау және ұйқы ережелерін сақтау.
 3. Науқасты ұйқы гигиенасымен таныстыру.
 - Төртінші емшара (30—60 минут).
 1. Ұйқы күнделігін қорытындылау.
 2. Емдеудің артықшылықтары мен шығындарын бағалау.
 3. Қолданылатын мінез-құлық әдістерінің шекараларын анықтау.
 - Бесінші емшара (60—90 минут).
 1. Ұйқының күнделігін қорытындылау.
 2. Емдеудің артықшылықтары мен шығындарын бағалау.
 3. Бұл ұйқының жалпы ұзақтығынан (TST) қалаған нәтижеге жетуді жалғастыру.
 4. Мәселелерді қарастырғанда, ұйқы туралы жағымды және жағымсыз ойлардың болуы (ұйқы туралы теріс ойлардың когнитивті терапиясы). Мәселе тудыратын ойларды және күнделіктері арқылы сендіру.
 - Алтыншы және жетінші емшара (30—60 минут).
 1. Ұйқының күнделігін қорытындылау.
 2. Емдеудің артықшылықтары мен шығындарын бағалау.
 3. Қорғау әрекеттерін анықтау. Ұйқы туралы жағымсыз ойларды бағалау және қайта бағалау
 4. Дене (босаңсу) әдісін меңгеру.
 5. Қалаған нәтижеге жетуді жалғастыру (жалпы ұйқының ұзақтығы (TST)).
 - Сегізінші емшара (30—60 минут).
 1. Ұйқының күнделігін қорытындылау.
 2. Емдеу саласындағы жетістіктерді бағалау (жалпы).
 3. Алдын алудағы рецидивтерді талқылау (Ұйқысыздықты емдеуге қатысты мінез-құлық тәсілдері; клиникалық жетістіктердің тәсілдерін қолдау; ұйқысыздық қайтып мазалағанда не істеу керектігін талқылау).

Соңғы уақыттарда ауруды емдеуде психотерапия енгізілуде (Mindfulnessbased therapy for insomnia). Бұл тұрғыда мінез-құлық стратегиясының элементтері ұйқысыздықты емдеуге және медитация тәжірибесімен біріктірілген. Бұл тәжірибе, науқастарға өздерінің жағдайын жақсы білуге, уайымшылықтың көзі болып табылатын ойларға байланысты және ұйқыға деген көзқарасын өзгертуге көмектеседі. Стратегия ретінде медитация пайдаланылмайды, науқас ұйықтап қалуына көмектеседі. Зерттеулердің нәтижелері көрсеткендей, медитациямен ұйқының сапасын жақсартып, емнен кейін 12 ай сақталады [9]. Емдеу хаттамаларының қысқа формалары да бар (Brief behavioral treatment for insomnia), 2-4 емшара барысында когнитивті және мінез-құлық әдістерін дамыту. Төрт емшараның екеуінің телефон немесе Skype арқылы жүзеге асыруға болады. Зерттеулер көрсеткендей, бұл терапия түрі әсіресе қарттар мен егде жастағыларда тиімді. **Қорытынды**

Бұл мақалада когнитивті мінез-құлық терапиясы ұйқыны қалыпқа келтіру тәсілдерді қолданып, түрлі әдістерді үйрету арқылы ұйқының режимін қалыпта ұстауға дағдыландыру. Ұйқы бұзылысында емдеу хаттамасына психологиялық тәртіп, когнитивті және мінез-құлық әдістері кіреді. Психотерапияның бұл түрі ұйықтау кезіндегі сезімді қалпына келтіреді. Егде және қарт адамдарға психотерапияның басталатын кезінде дәрілерді қолданбау қиыншылықтар әкелуі мүмкін. Осылайша, ұзақ уақыт бойы дәрілерді қолданғанда дәріге психологиялық тәуелділік дамытады. Кейбір науқастар ұзақ уақыт бойы қолданатын дәрілік заттарға психологиялық тәуелділік туындайды. Сондықтан, фармакологиялық емес араласу кейбір науқастар үшін жарамсыз, өйткені олар дәріні психотерапия басталғанға дейін тоқтата алмайды. Негізінде науқастар ұйқының бұзылуын емдеудің бұл түріне сенімді болуы керек, ұйқының бұзылысын емдеудің «**жеңіл**» таңдауын толық түсіндіріп дәрілік терапиядан бас тарту науқастардың өздері үшін табысқа қол жеткізуге ынталандыру.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

1. Аведисова А.С. Терапия расстройств сна: современные подходы к назначению гипнозиков. - М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2008. - 112 с.
2. Вестбрук Д., Кеннерлі Г., Кірк Д. Вступ у когнітивноповедінкову терапію. - Львів: Свічадо, 2014. - 420 с.
3. Лишневская В.Ю. Инсомния у больных пожилого возраста с артериальной гипертензией // Міжнародний неврологічний журнал. - 2011. - №5. - С. 99-101.
4. Пчелина П.В., Полуэктов М.Г. Возможности коррекции инсомнии (бессонницы) без применения снотворных препаратов // Лечащий врач. - 2014. - №5. - С. 152-158.
5. Рассказова Е.И., Тхостов А.Ш. Клиническая психология сна и его нарушений. - М.: Смысл, 2014. - 320 с.
6. Расстройства сна. – СПб.: Медицинское информационное агентство, 1995. - 160 с.
7. Стрыгин К.Н. Нарушения сна в пожилом возрасте. Эффективная фармакотерапия // Неврология и психиатрия. - 2013. - №12. - С. 25-34.
8. Belanger L., LeBlanc M. Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia in Older Adults // Cognitive and Behavioral Practice. - 2012. - Vol. 19. - P. 101—115
9. Buysse D.J., Germain A. et al. Efficacy of brief behavioral treatment for chronic insomnia in older adults // Arch Intern Med. - 2011. - Vol. 171, №10. - P. 887-895.
10. Chand S.P. How to adapt cognitivebehavioral therapy for older adults // Current psychiatry. - 2013. - Vol. 12., №3. – P. 59-67.

Қ. Құнанбай, А.Қ. Қайрбеков, Е.Ш. Құдабаев, А.Б. Ералиева, Д.С. Смайлова, Э.А. Бокаева
Казахский Национальный медицинский университет им С.Д. Асфендиярова
Кафедра клинической фармакологии и фармакотерапии

**КОГНИТИВНОПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ РАССТРОЙСТВА СНА В ПОЖИЛОМ
И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ**

Резюме: В этой статье мы показали, что когнитивно-поведенческая терапия направлена на развитие навыков управления сном с помощью различных методов, обучающих пациента доступным ему способам нормализации режима сна.

Ключевые слова: когнитивно-поведенческая психотерапия, успешное старение, пожилой возраст, старение, расстройство сна, поздний возраст, когнитивные техники, поведенческие техники

K. Kunanbai, A.K. Kairbekov, E.Sh. Kudabaev, A.B. Yeralieva, D.S. Smaylova, E.A. Bokayeva
Asfendijarov Kazakh national medical university
Department of Clinical Pharmacology and Pharmacotherapy

COGNITIVE-BEHAVIORAL PSYCHOTHERAPY SLEEP DISORDERS IN ELDERLY AND SENILE AGE

Resume: The article is devoted to cognitive-behavioral psychotherapy (CBT) which is the recommended standard non-pharmacological treatment of sleep disorders not only in young ages, but in elderly and senile age.

Keywords: cognitive-behavioral therapy, successful aging, old age, aging, sleep dis-order, late age, cognitive techniques, behavioral techniques