

УДК 159.9.018

**МЕТОДЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ВETERANAM БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ,
СТРАДАЮЩИХ НАРУШЕНИЯМИ СНА****Караяни А.Г., Караяни Ю.М.**Военная ордена Жукова академия войск национальной гвардии Российской Федерации
Санкт-Петербург**Аннотация**

В статье рассматриваются различные виды и уровни нарушения сна у ветеранов боевых действий. Раскрывается негативное влияние бессонницы на психическое состояние, деятельность и взаимодействие ветеранов с социальным окружением. Анализируются критерии нарушения сна. Обосновывается схема психологической помощи ветеранам боевых действий, страдающих бессонницей.

Ключевые слова

бессонница, инсомния, психологическая помощь, ветераны боевых действий

Об авторах

Караяни Александр Григорьевич,
Заслуженный деятель науки Российской Федерации, доктор психологических наук, профессор, член-корреспондент Российской академии образования, профессор Санкт-Петербургского военного ордена Жукова академии войск национальной гвардии Российской Федерации

Караяни Юлия Михайловна, *доктор психологических наук, доцент, профессор Санкт-Петербургского военного ордена Жукова института войск национальной гвардии Российской Федерации*

**Введение**

Современные научные данные показывают, что сон выполняет важнейшие функции в жизнедеятельности человека, связанные с переработкой (фиксацией, структурированием, пониманием, вытеснением, забыванием) информации и подготовкой процесса принятия «дневных» решений; физическим и психологическим расслаблением, снятием неактуального физического и психического напряжения; отдыхом активно задействованных в дневное время мышечных групп, компонентов нервной системы и психики; восстановлением запасов энергии организма; самолечением организма и др. Для реализации перечисленных и других функций человеку, в среднем, требуется около 8 (от 4 до 12) часов полноценного сна в сутки [4; 5].

Установлено, что депривация сна существенно повышает уровень гнева, импульсивности, агрессии, делает более яростными реакции на любой раздражитель. Снижается способность к рефлексии, выбору и принятию решений. Повышается рискованность, снижается эмпатия,

способность просчитывать долгосрочные последствия действий. Возникают серьезные ошибки восприятия и мышления, называемые «когнитивными искажениями» [11, с. 57]. То есть психические состояния и поведенческие паттерны ветерана боевых действий, которые могут быть квалифицированы как симптомы посттравматического стрессового расстройства, могут являться проявлениями нарушения сна.

Сегодня также известно, что сон играет важнейшую роль в переработке травматических сюжетов памяти у ветеранов боевых действий. Считается, что как раз в быстрой фазе сна или в фазе быстрого движения глаз (БДГ) «гиппокамп повторно активизирует информацию, которая только что прошла кодирование, то есть связывает новые воспоминания с нейронами опять и опять так, что они глубоко впечатались в память и их легко было бы воспроизвести позже. Этот процесс называется консолидацией воспоминаний... Если мы недостаточно спим, в гиппокампе образуется слишком много свежих воспоминаний, которые не успевают прочно впечататься в память» [6].

То есть при отсутствии качественного сна «рассыпанная на пазлы» травматическая память не складывается в целостную картину травматического события, воспоминание о нем не может быть отправлено в прошлое (в биографическую память) и создает для человека ложную реальность непрерывного участия в войне.

Кроме того, по данным Джо Рогана, когда человек спит в незнакомом месте, качество сна ухудшается, так как отдыхает только одна половина мозга, тогда как вторая «бдит». Это своеобразный механизм нервной системы, обеспечивающий безопасность [12]. В связи с этим К. Мортон отмечает, что лица, страдающие комплексным посттравматическим стрессовым расстройством, «возможно никогда не чувствуют себя в безопасности или не спят полноценно всю ночь и при этом постоянно нервничают и испытывают тревогу», поэтому «многие из них не могут восстановить в памяти воспоминания о травмирующем периоде. У гиппокампа просто не было шанса произвести консолидацию разрозненных элементов произошедшего, чтобы составить из них цельное воспоминание, которое было бы легко извлечь из памяти» [6].

По результатам клинико-психологического обследования 21 участника боевых действий при проведении СВО на Украине в период с 2022 по 2023 год, проходивших службу по контракту, добровольцев и командированных в зону боевых действий (6 из них были ранены), у 80% были отмечены нарушения сна (трудность в засыпании, частое пробуждение) и/или ночные кошмары [1, с. 57–63].

Таким образом, нарушения сна касаются большого числа ветеранов боевых действий. Без нормализации сна процесс их психологической реадaptации и психологического восстановления представляется весьма проблематичным. Однако тема психологической помощи ветеранам войны, страдающим нарушениями сна и ночными кошмарами не является популярной в научном военно-психологическом дискурсе и крайне редко становится предметом специального рассмотрения.

Целью статьи является привлечение внимания исследователей к изучению проблемы нарушений сна и ночных кошмаров, обобщение методов психологического вспомоществования ветеранам боевым действиям в нормализации сна.

Ход и результаты исследования

В ходе проведения исследования в рамках избранной темы установлено следующее.

Нарушения сна, достигающие клинической формы (инсомния), затрагивают от 6 до 30-40% общей популяции [1, с. 32].

Нарушения сна рассматривается специалистами как серьезная проблема современного здравоохранения, отрицательно сказывающаяся на физическом здоровье и эмоциональном состоянии человека, на его способности к когнитивному функционированию [3, с. 5].

Считается, что нормальный ночной сон состоит из циклов по 90 мин., каждый из которых включает в себя фазу быстрого сна, сменяющуюся фазой медленного сна (состоит из четырех стадий). За ночь человек «проходит» через 4–6 циклов сна. Циклы сна неодинаковы по своей структуре: в первую половину ночи преобладает глубокий сон (стадии 3 и 4 медленного сна, так называемый дельта-сон), а под утро – легкий сон (стадия 2 фазы медленного сна и фаза быстрого сна). Наиболее глубокий сон наблюдается в стадию 3 и 4 фазы медленного сна. При этом сны человек «видит» только в фазу быстрого сна [3, с. 8].

В международной классификации болезней (МКБ-10) [7, с. 161–164] описываются расстройства сна органической и неорганической природы. При этом к группе расстройств сна неорганической этиологии (рубрика F51 включает только те расстройства сна, при которых в качестве первичного фактора предполагаются эмоциональные причины) относятся:

а) диссомнии: первично психогенные состояния, при которых основным является эмоционально обусловленное нарушение количества, качества или времени сна, то есть инсомния, гиперсомния и расстройство цикла сон- бодрствование.

б) парасомнии: возникающие во время сна аномальные эпизодические состояния; ... у взрослых они являются преимущественно психогенными, то есть снохождение, ночные ужасы и кошмары.

Бессонница трактуется как состояние с неудовлетворительной продолжительностью и/или неудовлетворительным качеством сна на протяжении значительного периода времени.

Основными клиническими признаками для диагноза бессонницы являются:

а) жалобы на плохое засыпание, трудности сохранения сна или на плохое качество сна;

б) нарушение сна отмечается как минимум три раза в неделю на протяжении по меньшей мере одного месяца;

в) имеет место озабоченность в связи с бессонницей и ее последствиями как ночью, так и в течение дня;

г) неудовлетворительная продолжительность и/или качество сна или вызывают выраженный дистресс, или препятствуют социальному и профессиональному функционированию.

При этом бессонница является единственной жалобой [7].

Страдающие бессонницей чаще всего жалуются на трудность засыпания, затем на трудности сохранения состояния сна и на раннее окончательное пробуждение. Однако, обычно имеет место сочетание этих жалоб. Бессонница развивается при переживании человеком стресса и психологических нарушений, а также при и в неблагоприятных социокультурных условиях.

Формирование у человека страха к бессоннице вследствие ее частого наступления может привести к формированию порочного круга «бессонница – страх бессонницы (напряженность, беспокойство, тревога, руминация, снотворные препараты, алкоголь) – усиление бессонницы – чувство физической и умственной усталости, сниженное настроение, обеспокоенность, напряженность, раздражительность и озабоченность своими проблемами – страх бессонницы и т.д.

Даже поверхностное, «критериальное» описание бессонницы говорит о том, что она существенно мешает полноценному возвращению ветерана боевых действий в мирную жизнь и требует своевременного выявления и коррекции.

Наличие бессонницы может быть выявлено при обращении ветеранов за психологической помощью или в процессе скринингового обследования ветеранов боевых действий в военных комиссариатах, социальных и медицинских учреждениях при их возвращении из зоны СВО.

Так, в рекомендованном для обследования всех ветеранов боевых действий Опроснике на скрининг ПТСР (Trauma Screening Questionnaire, Brewin C. et al., 2002) содержатся утверждения («у меня нарушен сон (трудности засыпания или частые пробуждения)», согласие с которыми должны побудить психолога уточнить их.

Для выявления наличия бессонницы разработано много диагностических средств. Нам представляется наиболее адекватным для использования в силовых ведомствах, где может

быть большое количество обследуемых и лимит времени на проведение скрининговых процедур, использовать опросник «Индекс тяжести инсомнии», ИТИ (Insomnia Severity Index, ISI – Bastien, Vallieres, Morin., Savard et al.). Методика предназначена для оценки субъективной тяжести инсомнии. Она компактна (состоит из 7 пунктов). Выраженность симптомов оценивается по шкале Ликерта от 0 до 4 баллов.

Обследуемому предлагается оценить свои текущие (то есть за прошедшие 2 недели) проблемы со сном.

Опросник включает 7 вопросов, оценивающих тяжесть нарушений сна: 1) трудности с засыпанием, 2) трудности с поддержанием сна, 3) проблемы из-за слишком раннего пробуждения, 4) оценка удовлетворенности качеством сна, 5) заметно ли для других людей ухудшение качества вашей жизни из-за проблем со сном, 6) насколько сильно вы переживаете из-за проблем со сном? 7) в какой степени проблемы со сном влияют на ваше состояние днем (усталость, плохое настроение, снижение работоспособности, ухудшение памяти и т. д.)?

Интерпретация результатов: 0–7 баллов – норма; 8–14 баллов – легкие нарушения сна (подпороговая бессонница); 15–21 баллов – умеренные нарушения сна (клиническая бессонница); 22–28 баллов – клиническая бессонница (тяжелая) выраженные нарушения сна. То есть оценка выше 14 баллов является порогом для бессонницы как расстройства.

Полученная в ходе обследования военнослужащего (сотрудника), страдающего бессонницей, информация уточняется посредством ведения им *дневника сна*. В дневнике на протяжении 1–2 недель фиксируются важнейшие моменты, связанные со сном: время укладывания в постель; время выключения света (может не совпадать со временем укладывания); продолжительность засыпания; число пробуждений; продолжительность каждого пробуждения; время окончательного пробуждения; число дневных укладываний; продолжительность дневных укладываний; время, проведенное в постели; общее время сна; время бодрствования в период сна (от момента выключения света до окончательного утреннего пробуждения) [9, с. 44–45].

На основании записей в дневнике может выстраиваться усредненный график сна, который используется в последующей психокоррекционной практике, при применении конкретных психокоррекционных методов. Вычисляется эффективность сна следующим способом (время реального сна (окно сна)/время нахождения в постели $\times 100\%$).

В результате обследования и беседы со страдающим бессонницей, психолог должен четко представлять: как долго длится проблема; сколько раз в неделю отмечается бессонница; связана ли она с какими-либо событиями; имеют ли место дневные пересыпы или засыпания в неподходящих местах или в неподходящее время (нарколепсия); соответствует ли спальня требованиям гигиены сна (достаточно ли темно, спокойно, комфортно, тихо, нет ли внешних раздражителей); будит ли кто-то во время сна (партнер, дети, животные); используются ли транквилизаторы (снотворное, алкоголь, чтобы заснуть); имеет ли место употребление кофеина в любой форме и курение перед сном; когда происходит занятие физическими упражнениями и пользование электронными устройствами; в какое время совершается отход ко сну, постоянное ли оно; сколько времени уходит на то, чтобы заснуть; имеют ли место пробуждения ночью (как часто, когда, в одно и то же ли время, на какое время, что делается в период пробуждения); отмечается ли храп во время сна и просыпания с хватанием ртом воздуха (апноэ); дергаются ли по ночам ноги и будят ли эти движения; испытываются ли жжение и покалывание в ногах, мешающее заснуть (синдром беспокойных ног); отмечается ли скрип зубами во сне (бруксизм) есть ли трудности с концентрацией и беспокойство о невозможности заснуть; влияет ли нехватка сна на дневное функционирование [10, с. 287–288].

В практике психологической работы с лицами, у которых отмечаются трудности с началом (инициацией) сна; трудности поддержания сна, характеризующиеся частыми пробуждениями или проблемами возвращения ко сну после ночного пробуждения; раннее утреннее пробуждение с невозможностью вернуться ко сну сформировались эффективные методы оказания пси-

хологической помощи: психогигиенические методы; терапия ограничением сна, терапия контроля раздражителя, настройка циркадных ритмов, релаксационная терапия, когнитивная терапия, когнитивно-поведенческая терапия (табл. 1).

Таблица 1 – Немедикаментозные методы помощи лицам, страдающим нарушениями сна [1; 2; 9]

Техника	Цель
Психообразование о бессоннице (обучение гигиене сна)	Соблюдение образа жизни и деятельности, способствующих предупреждению нарушений сна
Терапия ограничением сна	Ограничить фактическое пребывание пациента в постели с целью обеспечения более глубокого и стабильного сна
Терапия контроля раздражителя	Устранение отрицательных условных рефлексов, связанных со сном. Спальня должна ассоциироваться со сном
Релаксационная терапия	Уменьшение возбудимости и тревожности пациента
«Настройка» циркадных ритмов	Регулярный цикл «сон/бодрствование», использование света для синхронизации биологических ритмов
Когнитивная терапия	Разъяснение пациенту ложных представлений о сне и о способах его улучшения
Когнитивно-поведенческая терапия	Комбинация поведенческих и когнитивных подходов, перечисленных выше
Безоценочное осознание (mindfulness)	Включает в себя медитативные практики, подразумевающие отсутствие критической оценки к тому, что происходит в настоящий момент, принятию всего как есть
Светотерапия (фототерапия)	Терапия ярким белым светом

Специалисты подчеркивают, что терапия должна быть основана на устранении факторов, спровоцировавших и поддерживающих инсомнию, которых может быть множество. Важная роль должна уделяться решению психосоциальных проблем. В связи с этим в качестве первой линии помощи рассматриваются немедикаментозные подходы, в первую очередь – гигиена сна.

Выяснив у военнослужащего (сотрудника) в ходе скрининга и беседы степень соблюдения им гигиены сна, психолог рекомендует ему выполнять в течение 1-2 недель конкретные действия по ее оптимизации.

В качестве важнейших *гигиенических рекомендаций* специалисты называют требования:

1. Соблюдать режим сна. Необходимо выработать привычку засыпать и просыпаться в одно и то же время, как в будни, так и в выходные дни.

2. Не ложиться спать до появления сонливости.

3. Избегать сна в дневное время (по крайней мере продолжительностью более 30 мин.).

4. Не бояться «бессонницы».

5. Использовать кровать только для сна.

6. Избегать возбуждающей активности перед сном.

7. Поддерживать физическую нагрузку в течение дня.

8. Соблюдать режим питания. Не следует ложиться спать голодным или с переполненным желудком. Необходимо избегать приёма пищи позже, чем за 2–3 часа до сна. Нужно стараться не употреблять за ужином продукты, вызывающие метеоризм (орехи, бобовые или сырые овощи). Оптимальным вариантом легкого ужина может быть банан или яблоко.

9. Отказаться от вредных привычек, уменьшить употребление стимуляторов.

10. Не злоупотреблять снотворными препаратами. Использовать фитотерапию (мелисса, хмель, мята). [3 с. 38–39].

11. Избегать приема кофеина за 4-6 час. перед сном, курения непосредственно перед сном, употребление алкоголя после обеда, алкоголя как снотворного.

12. Тщательно готовить место сна (свежий воздух, пониженная температура воздуха – 16°C до 20°C, удобная постель; отсутствие шума, света, неудобства лежа).

Иногда для нормализации сна бывает достаточно наладить его гигиеническую сторону.

Если после установленного периода строгого соблюдения психогигиенических правил сон не нормализовался необходимо перейти к целенаправленной психокоррекционной стратегии.

В случае выявления у клиента ложных представлений о сне и о способах его улучшения психологу целесообразно использовать *метод когнитивной терапии сна*. Цель метода – снять тревогу, порождаемую дисфункциональными убеждениями о сне и купировать мысли катастрофического характера, связанные с предстоящим ночью.

Специалисты полагают, что психологическая помощь направлена на устранение поддерживающих факторов бессонницы (неадаптивное поведение, неадаптивные мысли, вызывающие активность мозговой деятельности при попытках уснуть, дисфункциональные убеждения в отношении достижения нормального сна («мне нужно спать 8 часов в сутки, чтобы чувствовать себя выспавшимся и хорошо функционировать в течение дня»; «если я не выспался ночью, мне нужно «отоспаться» днем или следующей ночью спать дольше», «меня беспокоит, что хроническая бессонница может иметь серьезные последствия для моего здоровья» и т.д.) и мысли («а вдруг я не усну», «а вдруг я не высплюсь», «а как я завтра буду работать после такой ночи?» и т.п.), избыточное внимание к нарушенному сну; намерения «заставлять себя засыпать», возникающие отрицательные ассоциации в отношении спального места.

При установлении факта *нарушения циркадных ритмов* (циклические колебания интенсивности различных биологических процессов, связанные со сменой дня и ночи), психолог формулирует рекомендации по их настройке. Он разъясняет страдающему бессонницей, что циркадные ритмы регулируются освещением и выдает рекомендации: использовать вечером освещение с тёплым приглушенным светом; за час-два до сна отказаться от использования гаджетов, а при крайней необходимости – включать ночной режим их работы; переключаться перед сном с визуального контента на аудио; ложиться каждый день (в том числе и в выходные дни) примерно в одно и то же время и засыпать в промежутке времени, когда вырабатывается гормон мелатонин (с 24.00 часов до 4.00 часов) [2].

Одновременно с военнослужащим (сотрудником) может проводиться *релаксационная терапия*, нацеленная на снижение у него уровня возбудимости и тревожности. С этой целью применяются дыхательная гимнастика или дыхательно-релаксационная терапия по методу диафрагмального дыхания [1, с. 33], нервно-мышечной релаксации, аутотренинга или отдельных экспресс-приемов психической саморегуляции (дыхательных, нервно-мышечных, визуализационные, вербальные и др.) [4; 5; 8].

Если посредством перечисленных «мягких» методов коррекционного эффекта нормализация сна не достигается, то необходимо применять более радикальные методы (терапия ограничением сна и терапия контроля стимула).

Метод «Терапия ограничением сна» [2, с. 1; 4] предполагает доведения времени лежания в постели до времени реального сна (окно сна), привязки окна сна к времени покидания постели и соблюдении выработанного режима сна в течение нескольких недель. Так, если человек ложится в постель в 22.00, засыпает в 23.00, ночью дважды просыпается и бодрствует примерно по 30 мин., просыпается в 6.00, лежит на протяжении получаса в постели и встает в 7.00, то общее время его нахождения в постели будет 9 часов, время чистого сна (окна сна) – 6 часов, эффективность сна ($6 \text{ часов} / 9 \text{ часов} \times 100\% = 67\%$).

Если страдающему бессонницей необходимо вставать с постели в 7.00, то психолог, «привязывает» окно сна (6 час.) к времени подъема (7.00) и как бы это ни казалось негуманным, рекомендует военнослужащему (сотруднику) ложиться в постель в 1.00 час. Таким образом, каждый день у него появляется 3 часа времени в сутки (1095 часов в год) для решения самых разных жизненных задач. А вместо «борьбы за сон», появится необходимость бороться с дремотой, вместо боязни сна – желание лечь в постель.

Если страдавший бессонницей человек будет быстро засыпать и спать без пробуждений, позже можно будет расширить «окно сна» так, чтобы он мог ложиться на 30-40 минут раньше.

Данная методика дает эффект через 3 – 4 недели.

Нужно помнить, что при терапии ограничением сна человек может быть очень сонным в течение дня и что необходимо быть крайне внимательным при вождении автомобиля и выполнении опасных работ.

При обсуждении с военнослужащим (сотрудником), страдающим бессонницей, стратегии психологической помощи можно предложить ему наряду с методом ограничения сна метод контроля стимула, на выбор.

Метод «Терапия контроля стимула» [2, с. 10; 3, с. 40; 9] нацеливается на установление прочной рефлекторной связи между жизненно важным стимулом «сон» и нейтральным стимулом «постель» по типу «лег – уснул».

Психолог жестко требует от страдающего бессонницей находиться в постели без сна не более 15 мин. Так, если после размещения в постели в 22.00 сон не наступает в течение 15 мин., человек должен встать и бодрствовать (заниматься неактивно деятельностью при не ярком свете *в другом помещении*) до начала следующего часа, то есть до 23.00. Если, заняв место в постели в 23.00, человек вновь не может уснуть в течение 15 мин., то он должен вновь встать и бодрствовать и т.д. Несмотря на все эти процессы, встать человек должен в установленное время.

Обычно требуется не более 1-2 попыток уснуть. Однако при тяжелой бессоннице в первые несколько дней могут потребоваться 3-4 попытки.

Если в течение недели военнослужащий (сотрудник) 4 и более раз не смог заснуть после первой попытки, то следует первый час убрать из времени пребывания в постели. То есть он должен будет ложиться в постель уже не в 22.00, а в 23.00. Если в течение следующей недели он также 4 и более раз не смог заснуть после первой попытки, необходимо убрать еще один час из времени пребывания в постели и т.д. Цель – добиться засыпания после первой попытки минимум 4 раза в неделю.

Опыт специалистов, работающих с нарушениями сна, показывает, что перечисленные психокоррекционные методы обладают высокой эффективностью. Так, использование методов ограничения сна, контроля стимула и релаксации способствует «улучшению как субъективных, так и объективно регистрируемых при полисомнографии показателей сна. Улучшение субъективных характеристик сна отмечается у 70–80% больных, подлежавших терапии [9, с. 46].

Выводы

Таким образом, проблемы со сном относятся к частым проявлениям психологических последствий участия в боевых действиях у ветеранов войны. Они негативно влияют на повседневное самочувствие военнослужащих (сотрудников), эффективность их деятельности, качество коммуникации с окружающими, а также способствуют развитию негативных психологических и соматических расстройств.

В арсенале военного психолога существуют достаточно простые и компактные психотехники для решения важнейших психологических проблем ветеранов боевых действий, учитывающих их специфическое отношение к процедурам психологической помощи.

Осуществление психокоррекции нарушений сна у ветеранов боевых действий должно осуществляться системно, на основе тщательного психологического обследования, выявления реальных причин бессонницы, форм ее проявления, сопутствующих проблем.

Целесообразно строить психокоррекционную работу с ветеранами по принципу «от простого к сложному», применяя в первую очередь простые психотехники, нацеленные на соблюдение страдающими бессонницей правил гигиены сна, устранение деструктивных мыслей и убеждений, связанных со сном, обучением методам психической саморегуляции и, при необходимости, переходя к более «суровым» методам типа «Терапия ограничением сна» или «Терапия контроля стимула».

Литература

1. Васильева Л.С., Сливницына Н.В., Шевченко О.И., Герасимов А.А., Катаманова Е.В., Лахман О.Л. Клинико-психологические особенности сочетанной травмы участников военных действий // Политравма / Polytrauma. 2024. № 2. С. 57–63.
2. Диагностика и лечение нарушений сна в практике терапевта. Методические рекомендации. М. : Правительство города Москвы департамент здравоохранения, 2009. 13 с.
3. Инсомния и полиморбидность: учебное пособие / О. Д. Остроумова, А. И. Кочетков, Е.Ю. Эбзеева, А. П. Переверзев; ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России. – М.: ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, 2021. 76 с.
4. Караяни А.Г. Психологические методы регуляции сна (по взглядам зарубежных военных психологов) // Инвалиды и общество. 2015. № 3 (17). С. 16–19.
5. Караяни А.Г., Караяни Ю.М. «Не спать нельзя победить»: о роли сна в достижении победы и поражения в современном бою // Юридическая психология. 2015. № 4. С. 18–22.
6. Мортон К. Исцеление от травмы. Как справиться с посттравматическим стрессом и вернуться к полноценной жизни / Пер. с англ. А. Цыганковой. М. : Манн, Иванов и Фербер, 2022. 320 с. С.179–180.
7. Психические расстройства и расстройства поведения (F00 – F99). (Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации). Под общей редакцией Казакова Б.А., Голланда В.Б. М.: Минздрав России, 1998. 512 с
8. Психологическая реабилитация участников боевых действий / Под общей ред. А.Г. Караяни и М.С. Полянского. М.: ВУ, 2003.
9. Полуэктов М.Г., Бузунов Р.В., Авербух В.М. и др. Проект клинических рекомендаций по диагностике и лечению хронической инсомнии у взрослых. Consilium Medicum. Неврология и Ревматология (Прил.). 2016; 2: 41–51.
10. Сперри Л., Биненсток В. Сверкраткосрочные когнитивно-поведенческие интервенции: новая практическая модель в области психического здоровья и интегрированной помощи: Пер. с англ. СПб.: ООО «Диалектика», 2023. 432 с. С. 287–288.
11. Hoge Ch.W. Once a warrior always warrior. Navigating the Transition from Combat to Home Including Combat Stress, PTSD, and mTBI. Guilford, Connecticut, Lyons Press, 2010.
12. Matthew Walker. @The Joe Rogan Experience. Joe Rogan Experience #1109 – Matthew Walker”, April 25, 2018/ https://youtube.com/watch?=/pwaWiIO_Pig.

METHODS OF PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE TO COMBAT VETERANS SUFFERING FROM SLEEP DISORDERS

Karayani A.G., Karayani Y.M.

Military Order of Zhukov Academy of National Guard Forces of the Russian Federation
St. Petersburg

Abstract

The article deals with different types and levels of sleep disturbance in combat veterans. The negative influence of insomnia on mental state, activity and interaction of veterans with social environment is revealed. The criteria of sleep disorders are analysed. The scheme of psychological assistance to combat veterans suffering from insomnia is substantiated.

Keywords

sleeplessness, insomnia, psychological help, combat veterans