

УДК 159.922

Богдан ТКАЧ,

кандидат психологічних наук,

Інститут психології ім. Г. С. Костюка, НАПН України, м. Київ

**СПЕЦИФІКА ЗАСТОСУВАННЯ БРИГАДНОЇ
МОДЕЛІ НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ
ДЛЯ ПОСТТРАЖДАЛИХ УЧАСНИКІВ
АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ**

Стаття присвячена висвітленню специфіки застосування бригадної моделі нейропсихологічної реабілітації для постраждалих учасників антитерористичної операції. Висвітлено нейропсихологічні та індивідуально-психологічні особливості воїнів залежно від лінії оборони, на якій вони перебували. Описано мету, завдання, принципи та методи оцінки ефективності психотерапії. Подано власну нейропсихологічну директивну класифікацію агресивності, в якій агресивність постає: як первинний дефект – при порушенні функції різних частин префронтальної кори, передньої цингулярної кори, мигдалин; як вторинний дефект – ворожа атрибуція, яка виникає при гностичних розладах, мнестичних розладах, недостатності інтелекту, недостатності комунікативних навичок, дезадаптації; як третинний симптом – негативна компенсаторна перебудова функціонування мозку по принципу патологічного гомеостазу та адикції. Зазначено методи, які використовуються у бригадній моделі нейропсихологічної реабілітації для постраждалих учасників антитерористичної операції та членів їхніх сімей.

Ключові слова: *посттравматичні стресові стани, агресивність, мозкові дисфункції, нейропсихологічна корекція, медитативна нейробиологія, нейропсихологія щастя.*

Постановка проблеми у загальному вигляді. Військові дії на сході України, що тривають три роки, призвели до гострої потреби в психологічній реабілітації постраждалих учасників антитерористичної операції. Психіка людей, яка була змінена відповідно до умов війни (інструментальна агресія), часто стає непристосованою до мирного життя, до “звичних” ціннісно-моральних стандартів суспільства. Зустрічаються випадки, коли флешбеки, нічні жахи, загострене почуття справедливості, агресивність, девіантність ветеранів спричиняють дискомфорт і страждання навіть для люблячих їх рідних та близьких. Підсилювальними чинниками психічної травматизації є каліцтва та соматичні хвороби, набуті під час війни. Як добре відомо, невирішені зараз психологічні проблеми у ветеранів, згодом проявляться у них девіантною поведінкою та антисоціальними настроями. Це підтверджують війни у В'єтнамі, Афганістані, Іраку тощо.

Аналіз останніх досліджень і публікацій, в яких започатковано вирішення даної проблеми та на які опирається автор. У фаховій літературі відображено психологічні наслідки у ветеранів, які вели бойові дії на чужих територіях і війни мали загарбницький характер, а не оборонний. Зокрема, як наголошує J. A. Degruy, з часом розлади у ветеранів самостійно не проходять [7]. E. Tick надзвичайно емпатійно описав переживання воїнів на війні та психологічні перебудови при поверненні до мирного життя [14]. Н. Benedict висвітлила особливості військової служби жінок в Іраку та віддалені психологічні наслідки [4]. J. B. Arden демонструє новітні методи терапії посттравматичних розладів [2].

Відмінність нашої ситуації полягає в тому, що наша країна веде визвольну війну не лише ЗСУ, а добровольчими формуваннями та волонтерським рухом на своїй території, і досвід країн агресорів у даній ситуації не годиться. Проблемі психологічної реабілітації воїнів та довготерміновим психологічним наслідкам війни ще не було приділено належної уваги, і це потребує подальшого вивчення.

Метою статті є висвітлення специфіки застосування бригадної моделі нейропсихологічної реабілітації для постраждалих учасників антитерористичної операції.

Завдання: висвітлити нейропсихологічні та індивідуально-психологічні особливості воїнів залежно від лінії оборони, на якій вони перебували; описати клініко-психологічну інтервенцію, її мету, завдання, принципи та методи оцінки ефективності; показати перспективи подальшого удосконалення висококваліфікованої психологічної допомоги військовослужбовцям та їхнім сім'ям.

Виклад основного матеріалу дослідження. З червня 2016 року на базі рекреаційно-оздоровчого комплексу “Хирів-рент-інвест” (Хирів, Львівська обл.) надавалася висококваліфікована психологічна допомога сотням військовослужбовцям, які повернулися з АТО та їхнім сім'ям. На волонтерських засадах з воїнами працювали психологи Інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України, НПУ ім. М. П. Драгоманова, Міжрегіональної Академії управління персоналом та Центрів практичної психології Київської області.

Зважаючи на власний десятилітній досвід застосування бригадної моделі надання комплексної психологічної допомоги в галузі клінічної нейропсихології та успішного вирішення нею різного спектру психологічних проблем у межах своєї професійної компетенції, нами було рекомендовано впровадити її і для цієї категорії осіб. Принцип бригадної моделі надання комплексної нейропсихологічної допомоги постраждалим учасникам антитерористичної операції та їх сім'ям полягає у тому, що група фахівців здійснює діагностику, складає та впроваджує індивідуальний план комплексної психотерапії для кожного клієнта. Очолює групу клінічний нейропсихолог. Метою клініко-психологічної інтервенції є: відновлення та збереження психічного здоров'я військовослужбовців; створення гармонійних відносин з їхніми рідними та близькими. Завдання: 1) подолати наслідки перенесених бойових психічних травм (посттравматичних стресових станів); 2) подолати хронічні психопатологічні зміни особистості, які виникли внаслідок бойового стресу; 3) відновити порушені/втрачені психічні функції до рівня, який дасть їм змогу комфортного буття в суспільстві;

4) сформувати навички розв'язування внутрішніх конфліктів і регуляції власних емоцій та почуттів; 5) здійснити просвітницьку роботу з членами сімей військовослужбовців; 6) повернути втрачене відчуття стану щастя постраждалим учасникам антитерористичної операції та їхнім сім'ям. Принципи клініко-психологічної інтервенції: добровільність, комплексність, системність, індивідуальний підхід, ефективність. Форми реалізації завдань: індивідуальна та групова робота. Успішність клініко-психологічної інтервенції визначалася у кожному окремому випадку позбавленням психічних розладів, набутих на війні. Окрім того, інтегральним показником ефективності було повернення відчуття стану щастя та відновлення нормальної структури сну.

Першим етапом була діагностика психічних розладів у передбачуваних об'єктах психотерапевтичної інтервенції. Ми встановлювали наявність чи відсутність психічних захворювань, фонові психопатії, соматичних захворювань, обтяжувальних психосоціальних чинників та загальний рівень адаптації. Діагностику здійснювали по МКХ-10 та DSM-5. Нейропсихолог виявляв порушення нейропсихологічних факторів (слабкі ланки у вищих психічних функціях) та психічні ресурси (сильні ланки у вищих психічних функціях) для терапії. Таким чином ми ставили функціональний діагноз.

Другим етапом на основі багаторівневого діагнозу було формулювання конкретних цілей клініко-психологічної інтервенції та терміні її реалізації. Залежно від спеціалізації кожен з психологів отримував конкретне завдання. Поточний контроль виконання здійснювався на консилиумах та супервізіях. Вівся журнал, в якому відображалася динаміка реабілітаційного процесу. При складних випадках рекомендували керівництву рекреаційно-оздоровчого комплексу долучати нарколога.

Третім етапом була розробка рекомендацій для подальшого зміцнення психічного здоров'я. Після тижневого курсу психологічної реабілітації здійснювалася дистанційна підтримка та консультування ветеранів та їх сімей.

Особливість цієї роботи полягала в тому, що психологи контактували з ветеранами практично 24 години на добу. Тому моніторинг був цілісним та постійним: від особливостей структури сну аж до того, як

вони проводять дозвілля. Унаслідок діагностики було виявлено різку відмінність між воїнами, які були на першій лінії оборони, другій та третій. Особи з третьої лінії по суті не потребували висококваліфікованої психологічної допомоги, оскільки виконували поліцейські функції далеко від фронту і не зазнали сильного впливу психотравмуючих чинників. Для них було достатньо бесіди з “духівником” (психолог і священник в одній особі) та превентивної реабілітації для підтримання оптимального рівня боєздатності військовослужбовців. Представники з другої лінії оборони здебільшого мали проблеми внаслідок контузій, нічні автоматизми пошуку власної зброї та посттравматичний стресовий розлад, диз’юнктивні тенденції у міжособистісних відносинах. Вони потребували фахової психологічної допомоги. У воїнів з першої лінії оборони виявлено найбільше психічних розладів, особливо у тих, хто був без ротації два роки на передовій. Це нічні автоматизми пошуку ворога і його нейтралізації (сомнамбули чинять реальну загрозу оточенню), сновидіння із жахами та ситуаціями з війни (бойовий стрес), флешбеки у стані неспання, адиктивна поведінка, неспокій, пов’язаний з минулим, почуття провини, психосоматичні розлади. Часто зустрічалися замкнутість та протестність через нерозуміння цивільними особами розширення їхнього світогляду внаслідок здобутого життєвого досвіду на визвольній війні. Нерідкістю були супутні захворювання опорно-рухового апарату та внутрішніх органів, які виникли на війні. Саме ця група осіб потребувала найбільшої клініко-психологічної інтервенції для відновлення психічного та фізичного здоров’я. Характерним для всіх є загострене почуття справедливості, патріотизму та гуманності. Неочікуваним для нас було виявлення у ветеранів: високого рівня адаптації, легкості у засвоєнні нового досвіду та сприйняття відмінних світоглядних моделей, порівняно із середньостатистичною людиною; велика мотивація позбутися психологічних проблем, отриманих на війні та відчуття стан щастя.

Нейропсихологічними особливостями було: слабкість гіпокампу у переробці психотравмуючої інформації; зсув активності у праву півкулю, що проявлявся тужливістю та депресією; дискомфортом через деструктивні для цивільного життя навички самозахисту у процедур-

ній пам'яті. Також було виявлено високу критичність мислення, про-соціальну спрямованість, емпатійність і хорошу нейропластичність, які ми використали як ресурси для подолання психічних розладів.

Оскільки люди, які попали на передову, не проходили превентивних психологічних заходів для адаптації до бойового стресу, в них виникало глибоке почуття провини за скоєне на війні, яке перешкоджало розпочати клініко-психологічну інтервенцію. Дуже дієвою для подолання почуття провини є бесіда (10 хв.), за допомогою якої здійснюється трансформація авраамічного світогляду на дхармічний. Нейропсихологічна терапія була поділена на 45-хвилинні сесії, призначені для роботи з порушеннями у ретикулярному мозку (1-й день), лімбічній системі (1-й день), дорзолатеральній частині префронтальної кори (1-й день), орбіто-фронтальній частині префронтальної кори (2-й день), венстромедіальній частині префронтальної кори (2-й день). Нам вдалося за два дні позбавити клієнтів від посттравматичного синдрому, автоматизмів, нормалізували структуру сну та повертали відчуття стану щастя. Нейропсихологічна терапія ґрунтувалася на градієнтній теорії організації вищих психічних функцій людини Е. Голдберга та медитативній нейробиології Р. Девідсона та власній нейропсихологічній директивній класифікації агресивності [6; 9]. Зовсім неефективними виявилися світські медитації на співчуття до “страждань уявної істоти”, тоді як дуже ефективними виявилися медитації на власному болю та пережитих трагічних моментах. Через необхідність більше уваги приділити проведенню терапії наслідків бойового стресу, а також часове обмеження (1 тиждень перебування ветеранів у рекреаційно-оздоровчому комплексі), на жаль, нам не вдалося повністю позбавити ветеранів хімічних адикцій. Для подолання диз'юнктивних тенденцій у міжособистісних відносинах проводилася групова робота із воїнами та їхніми сім'ями, де відпрацьовувалися навички створення теорії розуму іншого та навички взаємодії.

Як свідчить досвід, для позбавлення хімічних адикцій, які мають “самолікувальний характер”, необхідно долучати до бригади терапевта та нарколога. Для налагодження швидкої взаємодії варто приділяти увагу культурній моделі суспільства, з якого походить ветеран.

Існуючі описові класифікації агресивності правильні, проте, на відміну від директивних, не дають відповіді, що робити з конкретним пацієнтом. Тому більш детально зупинимося на розробленій нами нейропсихологічній директивній класифікації агресивності. На основі власного багатолітнього досвіду нейрокорекції поведінкових розладів було виокремлено три компоненти симптомокомплекса, в яких агресивність постає: як первинний дефект – при порушенні функції різних частин префронтальної кори, передньої цингулярної кори, мигдалин; як вторинний дефект – ворожа атрибуція, яка виникає при гностичних розладах, мнестичних розладах, недостатності інтелекту, недостатності комунікативних навичок, дезадаптації; як третинний симптом – негативна компенсаторна перебудова функціонування мозку по принципу патологічного гомеостазу та адикції.

Агресивна поведінка як первинний дефект ураження префронтальної кори виникає внаслідок порушення функції програмування, регуляції та контролю психічної діяльності. В усіх випадках при ураженні чолових ділянок відбувається домінування системи активації агресії (підкіркові відділи) над системою гальмування (пригнічення).

Дисфункція орбіто-фронтальної частини префронтальної кори проявляється підвищеною розгальмованістю (імпульсивністю), емоційною лабільністю, гедоністичною мотивацією, вульгарністю, сексуальною розпущеністю, лайливістю, роздратованістю, порушенням уваги та ейфорією, нездатністю дотримуватися правил/закону при його знанні [1; 9]. Таким особам необхідно навчитися утримувати увагу на перебігу власних психічних процесів та актуалізувати самообмеження. В їхній побут долучити діяльність, яка тренує увагу і виробляє навик вчасності та доцільності дії (йога, східні бойові мистецтва, теніс, метання предметів), розвиток стійкості уваги (картинки “знайди відмінності”, лабіринти, пазли...), формування стриманості (запровадження правила “порахуй до 10, перш ніж діяти”). Акцент робити на медитаціях “Зосередження”.

Дисфункція вентро-медіальної частини префронтальної кори супроводжується харизматичністю, відсутністю сорому, почуття провини, ніяковості, емпатії та співчуття. Натомість присутні завищена

самооцінка, лицемірство, безвідповідальність, екстерналізація провини, самовпевненість, егоїзм, насильство, дії носять імпульсивний характер, схильність маніпулювати та залякувати [1; 9]. Таким особам необхідно повернути Его та совість, сформувати усвідомленість власних емоцій та почуттів інших людей, розвивати емпатію. Практикувати медитацію на “Співпереживання”, роботу з обличчями людей по фотографіях, фільмах, ігри на зображення емоційних станів та їх розпізнавання, рольові ігри з відображенням фрустраційних ситуацій та перебування в ролі як “агресора” так і “жертви”, написання творів про емоції, малювання та ліплення емоційних облич, нормалізувати завищену самооцінку.

Дисфункція дорсолатеральної частини префронтальної кори в осіб проявляється слабковольністю, підвищеною довірливістю, інтерналізацією провини, дезорієнтацією у бутті, зниженні критичності та втраті здатності дотримуватися поставленої мети [5; 9]. У таких осіб найчастіше зустрічається автоагресія/агресія при директивному впливі ззовні або при наслідуванні агресивних дій інших. Особам з цим розладом необхідно підвищити самооцінку, самосвідомість, довіру до самого себе та позитивне сприйняття власного образу “Я”. Найкраще для цього підходить вправи для підсилення позитиву в Я-концепції. Практикувати медитацію на “Усвідомлення”.

Дисфункція латеральної (конвексимальної) частини префронтальної кори призводить до фізичної агресії – порушення свідомого контролю за руховою складовою поведінки [3]. Показана діяльність для зменшення довольності в руховій сфері (йога, медитація на пропріорецепцію, формування “свідомої карта тіла”), трансформація деструктивних дій у вербальну площину (упровадження правила “зупинись і подумай, що саме ти хочеш зробити і поміркуй, чи є в цьому доцільність”).

Дисфункція передньої цингулярної кори викликає байдужість, знижену емоційність, розгальмованість, підвищену агресивність, відсутність емпатії, застрявання на певному виді діяльності/емоції та соматичні розлади. Напевно, через знижені артеріальний тиск, частоту серцевих скорочень та відсутність емпатії таких осіб характеризують

як “черствих” та “безсердечних” [5; 9]. Осіб з цим розладом необхідно навчити усвідомлювати появу гніву, розширити репертуар поведінкових реакцій, розвинути емпатію та емоційність (нюансів у проявах емоцій). Для цього найкраще підходить медитація на “Присутність” (споглядання за оточенням, інтрапсихічною активністю, тілесними процесами: дихання, серцебиття), “Співпереживання”, робота над мімікою перед дзеркалом, аналіз емоцій інших людей, подолання емоційного застрягання (інертність) на проблемній ситуації.

Ураження мигдалин – двобічне ураження скроневих ділянок (синдром Клювера-Бьюсі) – у людини з’являється відсутність страху, гіпероралізм (беруть до рота все без осмислення); гіперсексуальність, ослаблення емоційних реакцій, зорова агнозія (втрата розпізнавання зорових об’єктів і оцінювання їх сенсу) [1]. Необхідно лікувати причину (нейроінфекції, паразити, травми, метаболічні порушення), яка призвела до ураження, а також сформувати критичність до довільних дій і власного безстрашся.

Агресивність як вторинний дефект ураження проявляється ворожою атрибуцією (оцінка ситуації та подій як ворожих), яка виникає внаслідок гностичних розладів, мнестичних розладів, недостатності інтелекту, недостатності комунікативних (вербальні і невербальні) навичок, дезадаптації [8]. Агресія виступає індикатором невирішеної важливої проблеми чи невдоволення якоїсь життєвої потреби, реакція на авторитарний стиль управління, гіпоопіку (відчуття покинутості), нереалізованих потреб у любові і визнанні. Найчастіше причина буває в оточенні (сім’я, колектив, референтна група, суспільство).

Особливої уваги заслуговує функціональний стан гіпокампу, який відповідає за біографічну пам’ять та опрацювання емоційно негативної інформації. Осіб, у яких гіпокамп нормальний або дещо збільшений (асиметричність), характеризують як “холоднокровних” та “бездушних”, у них не виникають посттравматичні розлади [15; 16]. Таких осіб варто навчити оцінювати всі прояви власної агресивності, підсилити почуття провини у випадку цілеспрямованої агресії на інших, навчити брати на себе відповідальність за свої вчинки, підвищити емпатійність (медитація на “Співпереживання”), сформувати

навички соціальної компетенції (розширити репертуар вирішення проблемних ситуацій; надати знання соціальних ролей та їх моделей поведінки). Дуже дієвими виявилися розстановки по Хеллінгеру.

Натомість ті, в кого гіпокамп зменшений, проявляють агресивність через свою стресонестійкість, схильність відчувати почуття невдоволеності, вразливості [1; 5]. Деякі воїни переживали як психотравмуючий чинник не власні спогади, а спогади героїв з фільмів (“Дев’ята рота”). Цим особам необхідно зменшити надмірну чутливість негативного ставлення до себе, здійснити емоційну десенсибілізацію до сприйняття ситуацій як ворожих стосовно себе, побороти установку на те, що інші мають лише ворожі наміри, розвинути усвідомленість всього спектру своїх емоцій та контроль над ними, подолати відчуття перманентності у чужих спогадах. Для цього найкраще підходять йога (релаксаційні техніки: м’язова релаксація, глибоке дихання, візуальні образи), медитації, робота зі страхами (вербалізація страхів), рольові ігри та розстановки по Хеллінгеру.

Агресивність як третинний симптомокомплекс з негативною компенсаторною перебудовою формується за принципом патологічного гомеостазу та адикції. Як відомо, існують як в нормі при стресових (нових) ситуаціях, так і при інтоксикаціях мозку позитивні компенсаторні перебудови: перехід з інтрапсихічного в екстрапсихічне (особливо у бойовій обстановці) [1; 13]. Завдання нейропсихолога зменшити активність центру задоволення, завдяки налагодженню зв’язку між префронтальною корою та прилеглим ядром. Це терапевтичне завдання досягається за допомогою формування мисленнєвої культури і критичного внутрішнього мовлення. Найголовнішим є розірвати сформовані зв’язки між проявом агресії і відчуттями задоволення, домінантності, власної значимості тощо. Це досягається за допомогою використання комплексної медитації (“Безоб’єктна, Усвідомлення, Зосередження, Співпереживання”), коли короткотривале (ситуативне) відчуття щастя від агресії замінюється тривалим відчуттям стану щастя (зсув активності з правої півкулі мозку у ліву). Ми у рамках когнітивно-біхевіоріальної терапії використовували напрацювання все-світньовідомих йогів Swami Vishnudevananda та Ballur Krishnamarchar

Sundararaja Iyengar, для медитативних практик брали напрацювання тибетського буддизму Y. M. Rinpoche, медитативної нейробіології R. J. Davidson, практичну нейронауку щастя R. Hanson, медитації додання стресу D. Penman і V. Burch [6; 10-12].

Нейропсихолог, інтерпретуючи результати психометричних тестів рівня адаптованості у соціумі, здійснює кваліфікацію симптомів, тобто визначає первинні це порушення, вторинні чи третинні. Все це визначить пріоритети подальшої корекційної роботи. Дуже рідко зустрічалися випадки, коли порушення було лише в якомусь одному симптомокомплексі, здебільшого це комбінації симптомокомплексів.

У нашій психокорекційній роботі приділялася належна увага підсилювальним чинникам появи агресивних дій: крайнощі самооцінки (висока, низька), соматичні хвороби, травми (зростає ворожість), збудливість нервової системи (підвищена, понижена). Просвітницька і корекційна робота у середовищі індивіда: сім'я, референтна група, суспільство. Ефективним з методів прямої роботи з головним мозком на рівні його фізіології є біологічно зворотній зв'язок по ЕЕГ (нейрон-обруч) при медитативних практиках. Важливими є якість і тривалість сну, харчування, рухова активність, гігієна розумової праці, "інформаційна дієта" (унікати повністю телебачення та неконструктивного контенту в інтернеті).

Глибоке розуміння нейропсихологічних механізмів формування людської агресії дозволило нам подолати деструктивний аспект цього феномену на рівнях індивід-індивід та індивід-група.

Висновки. Застосування превентивних психологічних заходів дозволило б уникнути великої кількості психічних розладів в учасників бойових дій.

Апробація розробленої нами бригадної моделі нейропсихологічної реабілітації для учасників антитерористичної операції дає підстави стверджувати про високу її ефективність та доцільність подальшого впровадження. Застосування її групою психологів-професіоналів дозволило за короткий термін подолати наслідки перенесених бойових психічних травм; відновити порушені/втрачені психічні функції до рівня, який дав їм змогу комфортного буття в суспільстві; подолати хронічні психо-

патологічні зміни особистості, які виникли внаслідок бойового стресу; сформувати навички розв'язування внутрішніх конфліктів і регуляції власних емоцій та почуттів; повернути втрачене відчуття стану щастя постраждалим учасникам антитерористичної операції та їхнім сім'ям.

Перспективи подальшого дослідження вбачаємо у створенні психологічних ігор на основі поєднання стандартного клінічного інтерв'ю, стандартизованими нейропсихологічними батареями та нейропсихологічною корекцією. На наше переконання, це дозволить дуже легко обходити захисні психологічні механізми особистості і швидше розпочинати нейропсихологічну корекцію.

Список використаної літератури

1. Arciniegas D. B., Anderson C. A., Filley C. M. Behavioral Neurology & Neuropsychiatry 1st Edition / D. B. Arciniegas, C. A. Anderson, C. M. Filley – New York: Cambridge University Press, 2013. – 668 p.
2. Arden J. B. Conquering Post-Traumatic Stress Disorder: The Newest Techniques for Overcoming Symptoms, Regaining Hope, and Getting Your Life Back – Beverly, Massachusetts: Fair Winds Press, 2008. – 304 p.
3. Becerra-García J. A. Neuropsychology of domestic violence: a comparative preliminary study of executive functioning // Med Sci Law. – 2015. – Vol. 1 – P. 35–39.
4. Benedict H. The Lonely Soldier: The Private War of Women Serving in Iraq 1st Edition – Boston: Beacon Press, 2003. – 264 p.
5. Cummings J. L., Mega M. S. Neuropsychiatry and Behavioral Neuroscience 1 st Edition / J. L. Cummings, M. S. Mega – New York: Oxford University Press 2003. – 414 p.
6. Davidson R. J., Begley S. The Emotional Life of Your Brain: How Its Unique Patterns Affect the Way You Think, Feel, and Live – and How You Can Change Them. New York: Hudson Street Press, 2012. – 304 p.
7. Degruy J. A. Post Traumatic Slave Syndrome: America's Legacy of Enduring Injury and Healing – New York: Uptone Press, 2005. – 235 p.
8. Foster H. G., Hillbrand M., Silverstein M. Neuropsychological deficit and aggressive behavior: a prospective study // Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. – 1993. – Vol. 6. – P. 939–946.
9. Goldberg E. The Executive Brain: Frontal Lobes and the Civilized Mind / E. Goldberg / – New York: OxfordUniversityPress, 2002. – 272 p.

10. Hanson R., Mendius R. Buddha's Brain: The Practical Neuroscience of Happiness, Love, and Wisdom. Oakland: New Harbinger Publications, Inc., 2009. – 240 p.
11. Penman D., Burch V. Mindfulness for Health: A Practical Guide to Relieving Pain, Reducing Stress and Restoring Wellbeing. – London: Little, Brown Book Group, 2013. – 288 p.
12. Rinpoche Y. M., Tworikov H. Turning Confusion into Clarity: A Guide to the Foundation Practices of Tibetan Buddhism. Boston&London: Slow Lion, 2014. – 385 p.
13. Striedter G. F. Neurobiology: A Functional Approach. – New York: Oxford University Press, 2016. – 599 p.
14. Tick E. War and the Soul: Healing Our Nation's Veterans from Post-Traumatic Stress Disorder – Whaton, Illinois: Theosophical Publishing House, 2005. – 329 p.
15. Trimble M. R. The Intentional Brain: Motion, Emotion, and the Development of Modern Neuropsychiatry 1st Edition / M. R. Trimble – Baltimore, Maryland: Johns Hopkins University Press, 2016. – 328 p.
16. Van Praag H. M. Anxiety/aggression-driven depression. A paradigm of functionalization and verticalization of psychiatric diagnosis // Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. – 2001. – Vol. 4. – P. 893–924.

Рецензент – доктор психологічних наук, професор Грись А. М.

Стаття надійшла до редакції 08.12.2016

Ткач Б. Специфика применения бригадной модели нейропсихологической реабилитации для пострадавших участников антитеррористической операции

Статья посвящена освещению специфике применения бригадной модели нейропсихологической реабилитации для пострадавших участников антитеррористической операции. Освещены нейропсихологические и индивидуально-психологические особенности воинов в зависимости от линии обороны, на которой они находились. Описаны цели, задачи, принципы и методы оценки эффективности психотерапии. Представлено собственную нейропсихологическую директивную классификацию агрессивности, в которой агрессивность возникает: как первичный дефект – при нарушении функции различных частей

префронтальной коры, передней цингулярной коры, миндалин; как вторичный дефект – враждебная атрибуция, которая возникает при гностических расстройствах, мнестических расстройствах, недостаточности интеллекта, недостаточности коммуникативных навыков, дезадаптации; как третичный симптом – отрицательная компенсаторная перестройка функционирования мозга по принципу патологического гомеостаза и аддикции. Представлены методы, которые используются в бригадной модели нейропсихологической реабилитации для пострадавших участников антитеррористической операции и членов их семей.

Ключевые слова: *посттравматические стрессовые состояния, агрессивность, мозговые дисфункции, нейропсихологическая коррекция, медитативная нейробиология, нейропсихология счастья.*

Tkach B. The features of the team-model of neuropsychological rehabilitation for affected anti-terrorist operation participants

The paper touches upon the issue of specificity of applying of the team-model of neuropsychological rehabilitation for affected anti-terrorist operation participants. Neuropsychological and individual psychological features of the combatants are highlighted dependent on the defense line, which they were. The goals, objectives, principles and valuation methods of efficiency of psychotherapy are described. The author presents the own neuropsychological directive classification of aggressiveness. There is shown indecent aggression as the primary defect in violation of the functions of different parts of the frontal lobe, the anterior cingulate gyrus, amygdales; as secondary defect – hostile attribution, which occurs in the gnostic and mnestical disorders, lack of intellect, lack of communication skills, disadaptation; as tertiary symptom – negative compensatory alteration of brain functioning on the principle of pathological homeostasis and addiction. The methods, which applied in the team-model of neuropsychological rehabilitation for affected anti-terrorist operation participants and their families, are proposed and described in detail. The work introduces a program of deviant behavior correction by applying meditative techniques within cognitive and behavioral therapy, which allows to destroy neural

networks resulting from learned component of maladaptive behavior, to stimulate activity of medial prefrontal cortex, to lessen sensitivity of neocortex to the other parts of a brain, to extent influence of neocortex and relocate activity from the right prefrontal areal to the left.

Keywords: *post-traumatic stressful conditions, aggressiveness, brain dysfunction, neuropsychological correction, meditative neurobiology, neuropsychology happiness.*