

ПОСЛЕДСТВИЯ ТЕРРОРИСТИЧЕСКИХ АКТОВ: ПРОБЛЕМА ОЦЕНКИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО РЕАГИРОВАНИЯ (ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ)

© 2010 г. В. А. Соснин

*Кандидат психологических наук, доцент, старший научный сотрудник,
Институт психологии РАН, Москва*

Рассмотрены основные психологические расстройства, связанные с актами террора, и методы психотерапевтического вмешательства (первичная психологическая помощь, психологический дебрифинг, когнитивно-поведенческая терапия и др.). Проведен анализ зарубежных исследований, посвященных изучению эффективности психологического дебрифинга как основного средства психотерапевтического применения к жертвам террористических атак. Обозначены тенденции в развитии современных форм работы экстренных психологических служб в катастрофических ситуациях, связанных с актами террора.

Ключевые слова: посттравматический стресс, психическая травма, острое стрессовое расстройство, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), психологический дебрифинг, тренинг.

Исследования посттравматического стресса в отечественной психологии являются относительно новым направлением по сравнению с изучением данной проблематики за рубежом. Их начало можно условно отнести к последнему десятилетию прошлого века. В целом эти исследования относятся к изучению психологических последствий переживания людьми экстремальных ситуаций, в которых они оказывались либо непосредственными участниками/жертвами, либо “зрителями” в широком смысле. Понятие посттравматического стресса возникло из клинических наблюдений влияния на человека экстремальных факторов (военных, антропогенных и стихийных катастрофических воздействий), результатом чего стало выделение специфического стрессового расстройства, названного в американском диагностическом психиатрическом классификаторе (DSM) как посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР).

Феномен посттравматического стресса, как свидетельствуют исследования, является многоуровневым, определяя как специфику, так и сложность его изучения. “Известно, что ПТСР характеризуется тремя группами основных симптомов: навязчивыми переживаниями по поводу травматического события; стремлением избегать любых ситуаций, напоминающих о травматическом событии, повышенной физиологической

реактивностью организма и эмоциональной возбудимостью” [5, с. 6].

В настоящее время исследования по преодолению последствий посттравматического стресса у жертв катастроф, преступлений и насилия традиционно проводятся в рамках *медицинской психологии* и сформировавшейся в последнее десятилетие (как утверждают специалисты, работающие в этой области) самостоятельной отрасли науки о психическом здоровье – *психотравматологии*. Предметом ее исследования является широкий спектр психических состояний, охватываемых *понятиями психической травмы и посттравматического стресса*. В данной отрасли наблюдается активная деятельность как клиницистов, так и психологов, а актуальность и интенсификация исследовательских работ у нас и за рубежом непрерывно увеличивается в связи с растущим количеством жертв насилия от террористических действий (см., например, [1, 2, 4, 5, 14 и др.]). В целом, литература по данной проблематике достаточно обширна.

В сферу традиционных областей исследований посттравматических расстройств (у участников боевых действий, ликвидаторов последствий аварий, жертв антропогенных катастроф и т.п. (см., например, [5])) в последнее десятилетие добавился другой важный объект стрессогенных ситуаций – участники/жертвы и “зрители” терро-

ристических событий. В этой связи в исследовательской (в основном зарубежной) литературе появилось много работ, которые посвящены анализу методов психотерапевтической практики, используемых в других условиях к жертвам именно террористических актов. Иными словами, в зарубежной литературе происходит активное обсуждение “проблемы специфики психопатологии у жертв терактов в отличие от состояния жертв травматических событий другой этиологии” и необходимости разработки новых подходов и проведения специальных исследований для определения валидности традиционных практик применения психотерапии к жертвам терактов.

В данной работе не обсуждается концептуально-терминологический аспект рассмотрения проблематики посттравматических расстройств. Автор опирается на принятый в отечественной и зарубежной исследовательской практике аппарат описания. Основная *цель* – знакомство отечественных специалистов, занимающихся этой проблемой, с состоянием современных зарубежных исследований в области психотерапии жертв терактов. *Задачи*: оценка “тезауруса” имеющихся психотерапевтических практик с точки зрения их применимости к жертвам терактов; выявление наметившихся тенденций в психотерапии жертв террористических действий.

В настоящей статье акцент сделан на рассмотрении наиболее типичных травматических реакций и поведенческих тенденций жертв насилия от террористических актов, на анализе используемых стратегий реагирования в работе с жертвами и оценке их эффективности с позиций психологии на основе зарубежного опыта.

Данная работа представляет собой информационно-аналитическое исследование, основным методом которого является проведение сравнительного теоретического анализа проблемы. Собственная позиция автора к указанной проблематике заключается в признании необходимости для отечественных специалистов размышлять над современными тенденциями, происходящими в зарубежной исследовательской практике в психотерапевтической работе с жертвами терактов, и делать существенные выводы.

ПСИХИЧЕСКАЯ ТРАВМА И ЕЕ ПОСЛЕДСТВИЯ

Концепция психической травмы состоит в том, что люди, перенесшие ее от стрессового события, спустя определенное время могут вдруг обнаружить: они не способны нормально функционировать и справляться с возникающими жизненными

ситуациями. В настоящее время эмпирических исследований терроризма и поведения террористов относительно мало, но существует достаточно большое количество научных исследований по проблеме реагирования людей на психические травмы, которые объединяются под рубрикой *посттравматического стресса*. Посттравматическому стрессу подвержены как непосредственные жертвы, так и “зрители”, которые стали свидетелями травматического события или узнали “увидели” его через средства массовой информации (см., например, [19, 20]).

К числу наиболее серьезных психических расстройств от воздействия психической травмы наряду с другими исследователи и практики относят *острое стрессовое расстройство* (ASD) и *посттравматическое стрессовое расстройство* (PTSD)¹. Такие заболевания являются хорошо идентифицируемыми психическими расстройствами, “запускаемыми” травматическим событием, серьезно нарушающими качество жизни людей, что может вызывать устойчивую психическую неспособность человека к нормальному функционированию. На уровне групп и общества эти последствия создают известные “абerrации” общественного сознания и отрицательной психологической атмосферы в обществе, которые оказывают дезорганизующее влияние на все сферы общественной жизни.

ОСНОВНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, СВЯЗАННЫЕ С МАССОВЫМИ ТЕРРОРИСТИЧЕСКИМИ СОБЫТИЯМИ

Массовая паника, характеризующаяся асоциальными и иррациональными проявлениями, как показывается в фильмах, посвященных этой тематике, – редкая реакция на катастрофическое событие. А такие реакции, как массовое беспокойство и показатели *множественных, порой малообъяснимых психических и психосоматических симптомов* (OMUS – Outbreaks of Multiple Unexplained

¹ Далее по тексту психологические расстройства от воздействия травмы будут сокращенно обозначаться по аббревиатуре слов английского названия расстройства с необходимой расшифровкой (ASD – Acute Stress Disorder, PTSD – Posttraumatic Stress Disorder). Это связано с тем, что в мировой психотерапевтической и психиатрической практике исследователи и клиницисты обычно пользуются Международным нозологическим классификатором заболеваний Всемирной организации здравоохранения (International Classification of Diseases (ICD-10); World Health Organization, 1992) и Диагностическим статистическим руководством по психическим расстройствам Американской психиатрической ассоциации (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV); American Psychiatric Association, 1994).

Symptoms) у жертв насилия, – это обычное и широко распространенное явление [13, с. 228].

Последствия пребывания человека в травматической ситуации, связанной с массовыми жертвами, получают развитие в следующих клинических проявлениях: посттравматическом стрессовом расстройстве (PTSD), остром стрессовом расстройстве (ASD), депрессивном расстройстве (MDD – Major Depressive Disorder), синдроме психологического выгорания или истощения (Burnout), тревожности, нарушениях сна и злоупотреблении алкоголем и наркотиками [6].

В некоторых случаях специалисты-практики сталкиваются с внезапным возникновением так называемого “синдрома множественных необъяснимых симптомов” (OMUS) [7]. Концепция OMUS отражает современную интерпретацию более традиционных описаний “массовых психогенических заболеваний” и “массовой истерии” или “психологического заражения” [3]. Синдром OMUS как феномен массовой истерии наблюдается в ответ на ненаблюдаемое заражение окружающей среды, реальное или предполагаемое, и обнаруживается во множестве соматических симптомов без видимых физических причин [29].

Многие исследователи отмечают такой потенциальный эффект воздействия террористического акта на психику людей, переживших трагическое событие, как *переживание травматического горя* (TG – Traumatic Grief), хотя в международных классификаторах (МКБ-10 и DSM-IV) это состояние как психическое расстройство не указано. Данные симптомы дистресса можно определить как констелляцию ряда проявлений: сосредоточенность на погибших близких; состояние тоски, болезненного сочувствия, потери веры в себя и жизненной перспективы; неспособность принять смерть близких; состояние горечи или гнева в отношении смерти; избегание людей (в том числе близких), “напоминающих” о потерях родственников [33, 30]².

² Следующее ниже *краткое описание* клинических диагностических критериев этих психологических расстройств, за исключением некоторых, взяты из четвертого издания “Диагностического статистического руководства психических расстройств” (DSM-IV). Однако в целом в работе основное внимание, исходя из имеющегося опыта, будет уделено вопросам психотерапии острого стрессового расстройства (ASD) и предотвращения возникновения хронического PTSD. Это связано с тем, что состояние дел с лечением этих двух расстройств на данный момент заключает в себе главные проблемы, связанные с воздействием травмы. С этими проблемами неизбежно сталкиваются практические работники, и эти же проблемы находятся в фокусе внимания исследователей в литературных источниках по психологии катастрофических событий [6, с. 42].

Посттравматическое стрессовое расстройство (PTSD) может возникать после воздействия экстремального травмирующего стрессора, когда индивид является прямым свидетелем ситуаций со смертельными жертвами и сталкивается с непосредственной угрозой смерти и/или получения физического вреда. Реагирование индивида на такую ситуацию включает сильный аффективный компонент интенсивного страха, беспомощности и/или ужаса. Один или несколько основных симптомов повторного переживания события, три или более симптомов избегания и/или оцепенения, два или более симптомов повышенного возбуждения необходимы для того, чтобы соответствовать полному клиническому критерию. Симптомы должны проявляться по меньшей мере один месяц и считаются острыми, если длятся менее чем три месяца. Они становятся хроническими, если присутствуют более чем три месяца.

Острое стрессовое расстройство (ASD) в целом аналогично симптоматике PTSD, но проявление его симптомов короче по длительности времени и фокусируется больше на диссоциативных симптомах, чем PTSD [9]. Считается, что ASD “...является развитием характерного беспокойства, диссоциативных и иных симптомов, проявляющихся в течение одного месяца после воздействия экстремального стрессора” (DSM-IV).

Симптомы должны проявляться по меньшей мере в течение двух дней до того, как будет поставлен диагноз. Как и в случае с PTSD, индивид должен быть непосредственным свидетелем/участником события, которое угрожало его жизни или завершилось нанесением физического вреда самой жертве или другим людям, и представлять интенсивную аффективную реакцию, включающую страх, беспомощность или ужас. Для диагностики этого расстройства необходимо проявление трех или более диссоциативных симптомов, выраженное избегание, беспокойство или симптомы возбуждения.

Большое депрессивное расстройство (MDD). Депрессия диагностируется в период от двух и более недель после события, в течение которого индивид сообщает о своем депрессивном состоянии или отсутствии воли к жизни в отношении большинства сфер собственной жизненной активности. Депрессия в целом связана с совокупностью вегетативных симптомов, таких как трудности со сном и летаргия. Часто возникают переживания о своей личностной ненужности, никчемности и суицидальные мысли.

В ситуации с массовыми жертвами симптомы, связанные с лишениями, утратами, должны рас-

смагиваться отдельно от потенциального диагноза, а лечение следует соотносить с проблемой переживания горя (TG), если индивид потерял близких родственников или друзей.

Синдром психологического выгорания (Burnout) не включен в классификацию DSM-IV, тем не менее он является результатом крайне стрессовых ситуаций на работе/службе и может разрушительно влиять на результаты трудовой и служебной деятельности. Индивид, переживающий ситуацию психологического выгорания, может проходить несколько различных стадий, а симптомы будут аналогичны симптоматике стрессов, тревожности/беспокойства и депрессивного расстройства. Постепенно, после пролонгированного переживания интенсивных стрессовых состояний и тревожности, индивид может социально изолироваться, стать апатичным и, возможно, невыносимым (крайне раздражительным) в общении с окружающими людьми. После этой стадии он может впасть в депрессию и проявлять многие классические симптомы депрессивного состояния.

Синдром тревожности/беспокойства. Субклинические симптомы тревожности могут быть общими в условиях массового катастрофического события с человеческими жертвами. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что чувство испуга или тревоги, возникающее сразу после крупномасштабной катастрофы, может повышать риск возникновения PTSD. Однако клинический диагноз генерализованного тревожного расстройства (GAD – Generalized Anxiety Disorder) требует того, чтобы симптомы присутствовали (проявлялись) постоянно в течение шестимесячного периода.

Людям, страдающим GAD, трудно контролировать свою тревожность. Они проявляют по меньшей мере сочетание трех из следующих симптомов: суетливость, утомляемость, ослабление концентрации внимания, раздражительность, мускульную зажатость, нарушения сна (либо сонливость, либо бессонница). Для постановки диагноза для детей достаточно проявление одного из этих симптомов.

Нарушения сна. Диагноз бессонницы устанавливается тогда, когда индивид испытывает трудности с засыпанием, с прерыванием или отсутствием сна, восстанавливающего силы, в течение одного или более месяцев. Бессонница вызывает серьезное истощение жизненных функций и не обусловлена биологическими проблемами со сном, такими как остановка дыхания или расстройство сердечного ритма. У травмированных людей могут возникать ночные кошмары как специфическое расстройство сна. Обычно

это сопровождается частым прерыванием сна с детальным припоминанием кошмарного сновидения или с развернутыми пугающими фантазиями, связанными с безопасностью, вопросами жизни и смерти или с потерей самооценки. Чтобы соответствовать клиническому критерию диагноза расстройства, ночные кошмары должны вызывать ряд значимых трудностей в жизненном функционировании человека и не проявляться при наличии другого расстройства, такого как PTSD.

Злоупотребление наркотиками, алкоголем и состояние зависимости. Психотерапевты, клиницисты и социальные работники, определившие у травмированных жертв террористических актов наличие той или иной специфической формы зависимости, должны обращаться за дополнительной информацией к руководству DSM-IV. Мы ограничимся описанием общих критериев для выявления этих злоупотреблений. Критерии для установления злоупотребления включают дезорганизующие модели поведения человека в различных сферах жизнедеятельности: неспособность полностью выполнять свои функциональные обязанности на работе, в школе или дома; повторяющиеся злоупотребления алкоголем, которые ставят индивида на грань риска физической травмы; возникновение трудностей с законом из-за злоупотребления алкоголем; продолжающееся его использование, несмотря на социальные или личные проблемы, связанные с интоксикацией. Эти критерии должны присутствовать в течение полугода. Как и в случае с депрессией, зависимость от злоупотребления сигаретами, алкоголем или наркотиками, судя по имеющимся данным, особенно вероятна при возрастании последующих террористических атак [35].

Синдром множественных необъяснимых симптомов (OMUS). Синдром OMUS не входит в таксономию руководства DSM-IV. В отличие от классической массовой паники, он случается достаточно часто и периодически наблюдается как реакция на специфические средовые факторы [34]. Проявление этого синдрома часто подкрепляется СМИ, слухами и наглядным реагированием экстренных и специальных служб на катастрофическую ситуацию.

Как уже отмечалось, феномен OMUS относят к “массовой тревожности” или “массовой истерии” в ранних формулировках. OMUS может генерировать реальные психосоматические симптомы, включая рвотные рефлексы, диарею, кожную аллергию, затруднение дыхания, которые трудно отделить от симптомов, вызванных воздействием химических, радиологических или биологических

компонентов при совершении террористических актов. Это явление часто обозначается как “психологическое заражение” или “социальная передача” симптомов [18, 34]. Данный феномен рассматривается как социальная и психологическая реакция на потенциальные средства заражения, часто в отсутствие актуальной угрозы, вызывая соматические симптомы, которые быстро распространяются среди населения и имеют обычно переходный характер [34].

КЛАССИФИКАЦИЯ ЖЕРТВ ТЕРРОРИСТИЧЕСКИХ АКТОВ

После любого катастрофического события (в нашем случае террористического акта) у людей, причастных к нему, возникают две группы потребностей, которые необходимо учитывать службам экстренного реагирования³.

Наиболее важными являются потребности выживших жертв террористического акта. Определение тех, кого следует относить к числу жертв, может существенно расширяться. Например, это не только те люди, которым физически удалось выжить и покинуть место катастрофы, но и члены их семей, знакомые и другие представители местного сообщества, подвергшегося террористическому акту. Другая группа потребностей относится к сотрудникам самих экстренных служб, занимающихся ликвидацией последствий террористического акта и оказывающих различные виды помощи непосредственным жертвам [11].

Опыт работы специалистов экстренных служб по ликвидации последствий терактов и иных катастрофических событий (в том числе представителей психологических служб) позволил выделить рабочую классификационную схему жертв терактов. При этом под “жертвами” понимаются люди, жизнь которых подверглась сильному риску от воздействия катастрофического события.

Эта классификационная схема содержит несколько категорий:

- Люди, которые серьезно пострадали в эпицентре катастрофического события.
- Их семьи, близкие друзья и знакомые.

³ Этот общий термин будет употребляться для описания функционирования различных структур “помогающих” профессий в ситуации ликвидации последствий террористического акта и осуществляющих его информационное обеспечение – спецслужб, правоохранительных органов, подразделений чрезвычайного реагирования, пожарных, медицинских и психологических служб.

- Сотрудники экстремальных служб и организаций, работа которых обязывает их к прямому участию в опасных операциях по ликвидации последствий терактов.
- Члены местного сообщества, переживающие постигшее горе и идентифицирующие себя со страдающими жертвами.
- Люди с отклоняющимися психологическими и психическими поведенческими реакциями: так называемые возбудители напряженности, которые склонны использовать ситуацию в собственных интересах.
- Другие люди, которые испытали потрясение [36].

Выделенные категории достаточно условны, поэтому некоторые люди могут попадать в более чем одну категорию. Кроме того, не все люди, попадающие в ту или иную категорию, будут нуждаться в одном и том же виде помощи. Это связано с тем, что их потребности могут зависеть от ряда факторов – личного восприятия травматического события, текущего состояния психического и физического здоровья, их психической выносливости к стрессовым событиям и т.д. Но эта классификация обеспечивает “стартовую позицию” для психологов и психотерапевтов, стремящихся оценить разнообразие восприятий и психологических проблем пострадавших людей [27].

ПОТРЕБНОСТИ ЖЕРТВ ТЕРРОРИСТИЧЕСКОГО АКТА

Потребность в поддержке. Точная природа такой поддержки иногда совершенно очевидна, а иногда ее нет как для жертв, ожидающих помощи, так и для “помогающих”. Тем не менее широкий круг людей явно ощущает необходимость того или иного вида помощи. Считается, что эмоционально-психологическая помощь является важной (это бывает не всегда так), хотя другие виды поддержки – первостепенные зачастую на начальных этапах следует оказывать незамедлительно как напрямую, так и косвенно.

Потребность в связях. Во время катастрофических событий помогающие службы должны удовлетворять потребности жертв в связях между семьями, пережившими трагедию, и сообществом. С одной стороны, существует группа людей, находящихся в отчаянии, что потеряли своих родных, которые могли погибнуть в катастрофе. Многие пытаются добраться до места катастрофы, чтобы установить контакты с близкими людьми.

ми. С другой стороны, жертвы, потерявшие своих близких, нуждаются в связях с другими членами семьи и друзьями. Члены семей, проживающие за границей, также стремятся к установлению связей с близкими.

Потребность в информации. Информация зачастую становится наиболее важным видом поддержки. Люди, проживающие и в регионе совершения террористической атаки, и в других регионах, нуждаются в объективной информации о случившейся катастрофе. Во-первых, они хотят знать о ситуации “на основе фактов” и обращаются к помогающим службам и правительственным структурам для ее получения. Во-вторых, это необходимая информация о доступности экстренных служб, представителей которых люди стремятся отыскать еще до того, как эти службы будут сформированы и начнут функционировать на месте катастрофы. В-третьих, информационная помощь – это обучение людей тому, что будет происходить с течением времени.

Потребность в оказании медицинской помощи жертвам теракта не нуждается в особом описании.

Потребности экстренных служб и помогающих структур. Службы, занимающиеся ликвидацией последствий террористического акта, также имеют свои потребности для обеспечения эффективного реагирования и собственного выживания.

Потребность в оценке ситуации. При жесткой необходимости оказания экстренной помощи жертвам теракта помогающие структуры одновременно должны стремиться понять и оценить: что происходит? Что произойдет в ближайшее время? Что потребует в быстро изменяющейся среде? и т.п. Поэтому они должны планировать и предсказывать необходимые требования для реагирования на возникающее развитие ситуации и быть готовыми к осуществлению комплексной многоплановой оценки ситуации. Чтобы оценить собственные реальные возможности, помогающие структуры должны определить свои штатные ресурсы. Такая самооценка также необходима для взаимодействия с другими структурами.

Потребность в координации и обмене информацией при взаимодействии с общественностью. Эта группа потребностей не нуждается в особом пояснении. В ситуации хаоса и неразберихи в первый период катастрофы экстренные службы зачастую распространяют несогласованную и даже противоречивую информацию. Этот фактор отрицательно влияет на все последующие этапы ликвидации последствий катастрофы.

Потребность учета культурной специфики сообщества, пережившего катастрофу. Данная проблема требует от сотрудников экстренных служб, работающих в зоне катастрофы, учитывать этнокультурные факторы при взаимодействии с местным населением. Эти вопросы касаются следующих аспектов: работают ли они в своем культурном регионе или в регионе с отличающимися культурными традициями, где установки, убеждения, традиции, обычаи и особенности общения существенно отличаются от их собственных. Сотрудники психологических служб должны быть убеждены, что их психотерапевтические концепции, методы оценки и лечения являются приемлемыми для этнических групп и условий, в которых они будут применяться (см., например, [23, 38]).

ПРОБЛЕМА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО РЕАГИРОВАНИЯ: ОБЗОР ОСНОВНЫХ МЕТОДОВ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА, ТЕКУЩАЯ ПРАКТИКА

Как показывает практика, в настоящее время наиболее часто используется модель для ослабления и уменьшения последствий психологической травмы в попытках предотвращения наступления PTSD и других психологических последствий – метод *дебрифинга критического стрессового инцидента* (CISD – Critical Incident Stress Debriefing) [22]. Он был разработан Дж. Митчеллом в начале 1980-х гг. и предназначался для обеспечения управления стрессовыми ситуациями для сотрудников экстренных служб [26]. В дальнейшем этот подход как индивидуальная и групповая методическая процедура стал известен под названием *управление критическими стрессовыми инцидентами* (CISM – Critical Incident Stress Management). Система CISD используется как исключительная процедура вмешательства в катастрофических ситуациях при ликвидации последствий травматических инцидентов в последние два десятилетия [22].

Таким образом, CISD, будучи специфическим инструментарием для сотрудников экстренных служб, стал действовать как стандартный метод оказания психотерапевтической помощи/лечения почти для всех жертв катастрофических событий, хотя он и не предназначался для этих целей. Митчелл подчеркивал, что применение этого инструментария неприемлемо для гражданских жертв, которые непосредственно подверглись воздействию катастрофы (кто был серьезно ранен или потерял близких), и что почти нет эмпирических

данных в пользу его использования в более общем контексте [22].

Как было первоначально сформулировано, процедура CISD предполагала проведение одной разовой групповой сессии. В рамках лечебной группы специалист в области психического здоровья (психолог, психотерапевт, клиницист, социальный работник), прошедший подготовку по ведению CISD, проводит сессию дебрифинга, состоящую из последовательных семи стадий или шагов:

- введение;
- фактуальная фаза (воспроизводится событие через воспоминания/истории участников);
- фаза обсуждения (участники сессии описывают свои мысли и психологические состояния во время кризиса);
- фаза реагирования (могут переживать катарсис);
- фаза обсуждения симптоматики (обсуждаются текущие симптомы/переживания каждого из участников);
- обучающая фаза (происходит нормализация симптомов участников в процессе психологического образования);
- восстановительная фаза (завершается сессия, при необходимости даются рекомендации или направление к другим специалистам) [16].

В модели CISD предполагается, что вмешательство должно происходить как можно быстрее, насколько это возможно, после травматического события (длительность вмешательства – от 24 до 72 ч). Эта психотерапевтическая модель делает акцент на обсуждении “прохождения” травматического события и оживления эмоциональных переживаний в защищенных условиях [22]. Теоретическая основа CISM предполагает, что совместное переживание травмирующего опыта способствует нормализации симптомов и обеспечивает выздоровление через жизненные перспективы участников.

Первичная психологическая помощь. Как показывает практика работы с жертвами терактов (в том числе с бывшими заложниками), по-видимому, наиболее важным первым шагом в оказании психологической поддержки и помощи является восстановление чувства безопасности и обеспечение базовых потребностей жертв в пище, крове и контактах с близкими. Этот подход, называемый *первичная психологическая помощь* (PFA – Psychological First Aid), не рассматривается как программа психотерапевтического лечения [21, 25].

Первичная психологическая помощь отличается от моделей психологического дебрифинга в том отношении, что главное внимание концентрируется на обеспечении психологического комфорта и психологического образования для нормализации симптомов у жертв террора, поскольку при оказании первичной психологической помощи “...ставится на место система регулирования поведения людей, которые испытывают необходимость в оказании помощи” [6, с. 48].

И наконец, этот подход позволяет также психологу или другому профессионалу по вопросам психического здоровья осуществлять включенный мониторинг динамики выздоровления и диагностировать тех лиц, у которых есть большой риск возникновения PTSD, и, если необходимо, вмешиваться. Поскольку первичная психологическая помощь обеспечивает приемлемую основу для определения возможной стратегии психотерапевтического вмешательства, исследователи отмечают, что “...сейчас имеются подкрепляющие друг друга данные, что приблизительно 80% лиц, которым был поставлен диагноз ASD, соответственно страдают хроническим PTSD” [10, с. 84].

С учетом этих данных ранние эффективные интервенции необходимы для выявления тех жертв, которым не удастся выздороветь естественным путем. Если снижение симптомов не происходит спустя приблизительно 1–2 недели, то специалисты-практики должны решать вопрос о более глубоком психотерапевтическом вмешательстве.

Пролонгированные подходы. Модель CISD опирается на одноразовое вмешательство, а более глубокие длительные интервенции, включающие мысленное повторение травмирующего события в ряде сессий, продемонстрировали существенную редукцию симптомов PTSD. Техники длительного предъявления (PE – Prolonged Exposure) обычно представляют процедуры воспоминания травматического события в течение периода времени не менее 50 мин. Цель этого подхода – полностью активировать воспоминания, связанные с переживанием страха от травмирующего события в течение времени, достаточного, чтобы обеспечить привыкание к стимулам [10].

Когнитивно-поведенческая терапия (CBT – Cognitive Behavioral Therapy). Специалисты-практики по проблемам психического здоровья в целом признают, что необходимо использовать эмпирически проверенные методы вмешательства, но до настоящего времени исходные результаты исследований, анализирующих работу экстренных служб, связанных с ликвидацией последствий терроризма, ограничены. Пока

сделаны оценки небольшого числа компонентов работы служб психического здоровья, а методологическая база многих существующих исследований недостаточно строга, чтобы давать ясные и обоснованные рекомендации [32, с. 247].

Основываясь на ограниченных доступных данных литературы, специалисты признают, что элементы когнитивно-поведенческой терапии, включающие процедуры пролонгированного предъявления, по-видимому, являются наиболее приемлемыми инструментами редукции первоначальных стрессовых симптомов и симптомов ASD в предотвращении развития хронического PTSD [21]. Имеющийся банк данных, подтвержденных контролируемые измерениями с использованием метода случайной выборки, свидетельствует об эффективности когнитивно-поведенческой терапии для лечения острого стрессового расстройства (ASD) и хронического PTSD.

Техника СВТ содержит арсенал интервенций, предназначенных для благополучного аффективно-стрессового управления состояниями, ассимиляции и аккомодации смысловых значений травматических переживаний и процесса остаточных явлений травмы. Ключевыми характеристиками метода являются длительное обращение участников сессий к воспоминаниям переживаний травматического события с постепенным “приближением” к ситуациям, которые клиент старается избегать, когнитивным реструктурированием и последующими домашними заданиями, поддерживающими терапевтический процесс [10, 21]. Одним из важных компонентов этого подхода является то, что вмешательство осуществляется много раз в течение нескольких недель, позволяя вспоминать травмирующие переживания в поддерживающих условиях [22]. Под тщательным наблюдением опытного практика признаки заболевания, упущенные и оставленные неразрешенными в одноразовой сессии, могут быть выявлены и подвергнуты дальнейшему лечению.

Методики СВТ, объединяемые с РЕ, в настоящее время, по-видимому, являются наилучшим известным подходом психотерапии травматических состояний жертв террористической деятельности. При этом специалисты обращают особое внимание на то, что при проведении сессий следует быть предельно внимательными к пациентам, перенесшим сильную травму, имеющим суицидальные наклонности и сопутствующие психологические проблемы со здоровьем или продолжающим находиться под воздействием стресса из-за продолжительного повторения воспоминаний катастрофы. Эффекты от подобной

терапии могут отрицательно повлиять на таких пациентов и привести их к прерыванию лечения [10].

Методы психотерапии травматической реакции горя (TG). В 1999 г. Пригерсон с коллегами выдвинули положение, согласно которому травматическое страдание является отдельным расстройством, отличным от ASD, PTSD, депрессии или тревожности. Они предложили систему классификации, позволяющую идентифицировать клинические проблемы, связанные с тяжелой утратой близких у жертв катастрофических событий [30]. В соответствии с этой таксономией, чтобы вынести диагноз TG, человек, переживший смерть близких, должен сообщить о наличии у него следующих четырех состояний (симптомов): навязчивые мысли о покойном; ощущение тоски о погибшем; продолжение поисков погибшего; чувство потерянности и одиночества как результат смерти близкого. Кроме того, индивид может проявлять множество других симптомов, например ощущение бессмысленности жизни, бесчувственность, трудности с признанием факта потери близкого и т.п. Эти симптомы должны проявляться по меньшей мере в течение двух месяцев и существенно нарушать нормальное функционирование личности.

Клинически многие из названных симптомов объединяются с симптоматикой PTSD, однако психотерапевты и медики иногда путают TG с PTSD, что неприемлемо, поскольку последнее расстройство не может охватить уникальные проблемы, возникающие от факта потери близких [31, 32].

К настоящему времени существует немного систематических и специализированных методов лечения TG. Шиир с коллегами [33] разработали технику, являющуюся комбинацией межличностной терапии для лечения депрессии и когнитивно-поведенческой терапии для PTSD, обсужденной выше.

О способах психотерапии лиц, злоупотребляющих алкоголем в результате актов террора. В исследованиях была установлена связь между травматизацией хроническим PTSD и злоупотреблением алкоголем [28]. В контексте терроризма и катастрофических событий специалисты помогающих профессий могут столкнуться с выжившими жертвами, которые начали злоупотреблять алкоголем. Большой объем литературы фактически подтверждает эффективность кратких методов психотерапии, способствующих снижению уровня употребления алкоголя (см., например, [15]).

Однако до сих пор почти ничего не известно в отношении того, как травмированные жертвы в целом и терроризма в особенности будут реагировать на эти подходы. Методы психотерапии для клиентов, страдающих расстройством ТГ, находятся на ранней стадии разработки/развития, и их следует рассматривать как пробные/исследовательские. И наконец, методы кратковременного вмешательства для уменьшения употребления алкоголя, используемые в стационарных условиях, оказались эффективными, поэтому могут быть рекомендованы специалистам для работы с жертвами террора.

ОКАЗАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕРТВАМ ТЕРАКТОВ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ: ОЦЕНКА И ТЕНДЕНЦИИ

Отрасли психологии, которые занимаются проблемами понимания терроризма и оказывают психологическую помощь ее жертвам, достаточно молодые и в целом опираются на экстраполяцию знаний, полученных в других связанных отраслях. Однако данная стратегия, будучи эффективной в начале процесса прояснения этой малоисследованной области, создает также и ряд проблем. Не только многие обычные средства оказания психологической помощи, используемые по отношению к жертвам террора и сотрудникам экстренных служб, стали менее эффективными, чем когда они применяются к лечению психических травм в целом [21]. Серьезные вопросы возникли в отношении того, будут ли психотерапевтические методы лечения, проводимые в естественных обычных или катастрофических условиях, связанных с военными действиями, также эффективно помогать людям, подвергающимся систематическим атакам террористов или опасности их совершения [6].

Терроризм в сравнении с естественными катастрофическими событиями вызывает у людей разные психологические реакции. Интенционность (осознанная целенаправленность) акта терроризма выступает знаковым фактором, дифференцирующим реакции жертв естественной катастрофы от реакций жертв террористической атаки. Исполнение намеренно преступного деяния, которое не может быть эффективно предсказано или предотвращено, а также сопутствующие этому чувства неопределенности, недоверия и потери контроля являются фундаментально отличными от переживаний, связанных со случаями естественных катастроф, даже если они серьезны и крупномасштабны. Человек может подготовиться

к землетрясению или урагану, природа же теракта принципиально неопределенна, к нему невозможно эффективно подготовиться.

В целом оценка текущего состояния усилий профессионального сообщества по оказанию квалифицированной психологической помощи жертвам катастрофических событий от терактов, по мнению ряда специалистов, выглядит достаточно сдержанной: “Эти усилия оказались в целом разбросанными, неорганизованными, с недостаточным укомплектованием специалистами и включающими в основном здравомыслящих, но не вполне адекватно подготовленных людей... Недостаточная подготовка сотрудников психологических экстренных служб не была полностью их недостатком, поскольку доступность получения такого рода тренинга оказалась крайне ограниченной” [8, с. 6].

Основное внимание специалистов в этой связи было направлено на оценку эффективности использования метода *дебрифинга критического стрессового инцидента* (CISD) в применении к жертвам террора. В профессиональном сообществе до недавнего времени это была общая ориентация в подходах к лечению травмы и заключалась она в том, что “промывание” эмоций жертвы сразу после травматического события является необходимым атрибутом в предотвращении наступления PTSD.

Однако накапливается все больше эмпирических данных, позволяющих предполагать, что раннее психотерапевтическое вмешательство в лечение травмы может отрицательно интерферировать с естественным процессом выздоровления [17, 22, 24, 37].

Важно отметить следующее: ряд специалистов пришли к выводу, что популярные модели реагирования на посттравматические стрессовые расстройства (методы, основанные на модели CISD) являются потенциально опасными для жертв терактов. Литц с коллегами [21] отмечают: по-видимому, есть достаточно данных, чтобы рекомендовать не применять одноразовый психологический дебрифинг сразу после возникновения травм. Однако есть согласие в том, что обеспечение комфортных условий, информационной поддержки и удовлетворение прямых практических и эмоциональных потребностей играют полезную роль в преодолении человеком экстремального стрессового события. То есть оказание первичной психологической помощи (о чем упоминалось выше) полезнее осуществления психологического дебрифинга.

Роуз с коллегами (2001) приходят к аналогичному выводу: нет никаких данных, свидетельст-

вующих о том, что психологический дебрифинг является полезным психотерапевтическим инструментом для предотвращения посттравматического стрессового расстройства (PTSD) после травматических событий. Проведение дебрифингов, навязываемых жертвам травмы от терактов, следует прекратить.

Девилли и Коттон осуществили критический обзор литературы по использованию метода дебрифинга критических стрессовых состояний (CISD) и пришли к достаточно жесткому выводу: “Удивительно, что CISD превратился в универсально приемлемое средство. Несмотря на это, нет никаких данных о его эффективности как метода психотерапевтического вмешательства, подтвержденного проверками на основе метода случайной выборки... Действительно, как отмечалось ранее, два недавних исследования позволяют предположить, что CISD либо неэффективен, либо в действительности ухудшает симптоматику PTSD... Очевидно, что необходимы дальнейшие исследования. Тем не менее, поскольку мы спрашиваем себя... каким образом CISD смог привлечь к себе столько убежденных сторонников без наличия убедительных данных, ответ может лежать в низкой распространенности PTSD среди индивидов, переживших естественные катастрофы... Если у большинства людей, переживших естественные катастрофы, никогда не будет развиваться PTSD, то у подавляющей массы людей, подвергшихся действию естественных катастроф и прошедших CISD, никогда не будет развиваться PTSD. Следовательно, возникает уместный вопрос – будут ли у индивидов с наибольшей степенью риска PTSD после острой травматизации более благоприятные исходы, если они пройдут CISD. Естественно, мы должны пойти дальше клинических впечатлений и описательных исследований к более строгим методам изучения, основанным на принципе случайной выборки, если мы хотим изучить вопрос – может ли CISD действительно предотвращать последующее развитие PTSD среди остро травмированных индивидов” [14, с. 35].

Литц с коллегами перечисляют ряд проблем, возникающих в связи с этим подходом. Во-первых, на теоретическом уровне дебрифинг, по-видимому, не учитывает естественный ход психологического выздоровления, который наблюдается у большинства людей после травматического стрессового события. Во-вторых, большинство работ, анализирующих модель CISD, осуществлены группой специалистов, которые его разрабатывали. В-третьих, большинство

работ по CISD страдает от недостатка критического методологического анализа. В-четвертых, эта модель первоначально разрабатывалась для оказания психотерапевтической помощи сотрудникам экстренных служб (о чем упоминалось ранее), которые первыми вступают в борьбу с ликвидацией последствий произошедшей трагедии. Разработчики метода не предполагали, что этот метод неприемлем для использования к широкой публике. И наконец, не разрабатывались и экспериментально не проверялись альтернативные подходы в сравнении с моделью CISD. Однако Литц с коллегами предупреждают быть осторожными с интерпретацией имеющихся результатов или результатов, полученных Роузом с коллегами, как предоставляющих неопровержимое свидетельство негативных побочных эффектов с использованием этого инструментального подхода.

В целом Литц как одна из ведущих исследователей в области лечения острых стрессовых состояний пришла к выводу, что: “...в отличие от заключений адвокатов CISD/CISM, нет достаточно убедительных эмпирических данных в пользу использования CISD/CISM в процедурах вторичного предотвращения хронического PTSD. Работы с контрольными группами показали, что этот инструментальный оказался терапевтически инертным” [22, с. 101].

Какие же современные проблемы и тенденции в сфере психологического противодействия и оказания экстренной психологической помощи жертвам террора выделяют зарубежные специалисты? Еще в 1999 г. американские исследовательские организации – Национальный совет исследований (National Research Council) и Институт медицины (Institute Medicine) – выработали рекомендации, касающиеся направления дальнейших исследований в области психотравматологии. Они идентифицировали ряд “сфер озабоченностей”, в которых необходимо достижение немедленного прогресса:

– *тренинг* – оказание помощи профессиональным организациям по проблемам психического здоровья в развитии тренинговых программ для своих членов с акцентом на организацию непрерывного образования;

– *экспресс-диагностика и оценка* – идентификация подходящих психологических методов оперативной диагностики и проведение исследований по идентификации характеристик травмы и моделей поведения, по которым можно предсказывать возможное развитие долговременного расстройства;

– *коммуникация* – разработка образовательных материалов по проблемам психического здоровья и реагирования в критических ситуациях для населения и по проблемам информирования об угрозах риска официальных властных структур, а также об особой роли СМИ и Интернета в трансляции беспокойства и неуверенности [8].

Американская психологическая ассоциация в 2005 г. (APA Monitor, February, 2005) сообщила о результатах конференции, состоявшейся в ноябре 2004 г.⁴ Основной ее темой было обсуждение проблем национальной безопасности, связанных с вкладом психологии и других поведенческих наук. Рассматривались, в частности, такие темы: человеческое поведение и социальная динамика в катастрофических событиях; динамика принятия решений в условиях кризиса и стресса; потребность для психологов в изучении содержательных проблем национальной безопасности с позиции психологической науки и других поведенческих дисциплин.

На конференции обсуждался также вопрос об учреждении Центра поведенческих и социальных наук по проблемам борьбы с терроризмом. Ее участники выработали ряд положений в отношении более глубокого понимания психологии терроризма. Было констатировано, что реальное понимание психологии терроризма включает:

– современные знания о том, почему индивиды вступают на путь терроризма, и разработка методов вмешательства по противодействию их вступления в террористические группы;

– современные знания о взаимоотношениях между террористами и террористическими группами и использование этого знания для разработки способов влияния и прекращения функционирования этих групп;

– углубление понимания путей и способов реагирования индивидов и групп на террористические события, разработка контртеррористических стратегий для уменьшения негативных эффектов терроризма и негативных реакций населения на контртеррористические действия;

– разработка эффективных методов распространения информации в отношении риска террористических акций для политических деятелей, сотрудников экстренных служб и общественности с учетом закономерностей психологии (восприятие риска, техника передачи информации,

социальное влияние), а также информационных материалов, которые были бы информативны и понятны реципиентам;

– разработка ограничивающих методов в распространении террористами страха, неуверенности и состояния тревоги [8].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ данной проблемы был проведен на основе зарубежных источников. Это не означает, что затрагиваемые проблемы отсутствуют в исследовательской и непосредственной психологической практике работы с жертвами террористических актов в отечественных условиях. Это не означает также, что соответствующие возникающие проблемы в отечественных условиях принципиально отличаются от подобных проблем, возникающих у наших западных партнеров. Как показывает практика, они более активны и продвинуты в решении этих проблем. Отечественная практика в этом отношении в основном носит закрытый характер, а соответствующая информация пока малодоступна для открытого анализа. Поэтому, представляется, что рассмотренные аналогии в зарубежном опыте будут полезны для наших специалистов, занимающихся этими проблемами.

Как показал проведенный анализ, это касается следующих аспектов:

– до настоящего времени в практике психотерапевтической работы с жертвами терактов не вполне учитывается естественный ход психологического выздоровления;

– анализ эффективности моделей осуществляется ее авторами;

– существует определенный вакуум критического методологического анализа существующей психотерапевтической практики;

– целевой группой первичного предназначения модели оказания психотерапевтической помощи являлись только сотрудники экстренных служб;

– в большинстве психотерапевтических практик с жертвами террора отсутствует экспериментальная проверка альтернативных подходов.

Таким образом, проблема разработки эффективных способов оказания психотерапевтической помощи жертвам терактов находится только на стадии своего “обозначения”, т.е. специализированные зарубежные организации указывают ее в перечне наиболее актуальных направлений дальнейших исследований.

⁴В ней приняли участие более 100 участников – представителей служб национальной безопасности федерального, регионального и местного уровней и от основных исследовательских институтов и университетов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Марьян М.И., Касперович Ю.Г.* Психологическое обеспечение антитеррористической деятельности. М.: Изд. центр "Академия", 2007.
2. *Осухова Н.Г.* Психологическая помощь в трудных и экстремальных ситуациях. М.: Изд. центр "Академия", 2007.
3. *Роцин С.К., Соснин В.А.* Психологическая безопасность: новый подход к безопасности человека, общества и государства // Российский монитор. 1995. № 6.
4. *Тарабрина Н.В. (Ред. и сост.).* Клиническая психология. СПб., 2000.
5. *Тарабрина Н.В.* Основные итоги и перспективные направления исследований посттравматического стресса // Психол. журн. 2003. Т. 24. №4. С. 5–18.
6. *Beutler L.E., Reyes G. et al.* The Need for Proficient Mental Health Personnel in the Study of Terrorism // Psychology of Terrorism / Eds. B. Boungar, L.M. Brown, L.E. Beutler, J.N. Breckenridge, Ph.G. Zimbardo. Oxford, N.Y.: Oxford University Press, 2007. P. 32–55.
7. *Bleish A., Gelpkopf M., Solomon Z.* Exposure to terrorism, stress-related mental health symptoms, and coping behaviors among a nationally representative sample in Israel // Journ. of the American Medical Association. 2003. V. 290 (5). P. 612–617.
8. *Bougar B.* The Psychology of Terrorism // Psychology of Terrorism / Eds. B. Boungar, L.M. Brown, L.E. Beutler, J.N. Breckenridge, Ph.G. Zimbardo. Oxford, N.Y.: Oxford University Press, 2007. P. 3–12.
9. *Brewin C., Andrews B. et al.* Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in victims of violent crimes // American Journ. of Psychiatry. 1999. V. 156 (3). P. 360–366.
10. *Bryant R., Harvey A.* Acute stress disorder: A handbook of theory, assessment, and treatment. Washington D.S.: American Psychological Association, 2000.
11. *Clizbe J.A., Hamilton S.* The Response of Relief Organizations to Terrorist Attacks // Psychology of Terrorism / Eds. B. Bongar, L.M. Brown et al. Oxford, N.Y.: Oxford University Press, 2007. P. 194–206.
12. *Danieli Y. (Ed.).* International handbook of legacies of trauma. N.Y.: Kluwer Academic/Plenum Press, 1998.
13. *Danieli Y., Engdahl B., Schlenger W.* The psychological aftermath of terrorism // Psychology of Terrorism / Eds. B. Bongar, L.M. Brown et al. Oxford, N.Y.: Oxford University Press, 2007. P. 223–246.
14. *Devilly G.J., Cotton P.* Caveat emptor, caveat venditor, and critical incident stress debriefing/management (CISD/M) // Australian Psychologist. 2004. V. 39. P. 35–40.
15. *Dunn C.* Brief motivational interviewing intervention targeting substance abuse in the acute care medical setting // Seminars in Clinical Neuropsychiatry. 2003. V. 8. P. 188–196.
16. *Everly G., Mitchell J.* Critical incident stress management (CISM): A new era and Standard of care in crisis intervention. Ellicott, M.D.: Chevron, 1999 (2d ed.).
17. *Gist R., Lubin B. (Eds.).* Response to disaster: Psychological, community, and ecological approaches. Philadelphia: Taylor and Francis, 1999.
18. *Jones T., Craig A. et al.* Mass psychogenic illness attributed to toxic exposure ft a high school // New England Journ. of Medicine. 2000. V. 342 (2). P. 96–101.
19. *Linley P.A. et al.* Positive and negative changes following vicarious exposure to the September 11 terrorist attacks // Journ. of Traumatic Stress. 2003. V. 16. P. 481–485.
20. *Linley P.A., Joseph S.* Positive change following trauma and adversity: A review // Journ. of Traumatic Stress. 2004. V. 17. P. 11–21.
21. *Litz B., Bryant R., Adler A.* Early intervention for trauma: Current status and future directions // Clinical Psychology: Science and Practice. 2002. V. 9 (2). P. 112–134.
22. *Litz B., Gray M.* Early intervention for trauma in adults // Early intervention for trauma and loss / Ed. B. Litz. N.Y.: Guilford, 2004. P. 201–215.
23. *Marsella A.J., Friedman M.J. et al. (Eds.).* Ethnocultural aspects of posttraumatic stress disorders: Issues, research, and clinical applications. Washington, D.S.: American Psychological Association, 1996.
24. *McNally et al.* Does early psychological intervention promote recovery from posttraumatic stress? // Psychological Science in the Public Interest. 2003. V. 4 (2). P. 45–79.
25. *Miller L.* Psychological interventions for terrorist trauma: Symptoms, syndromes, and treatment Strategies // Psychotherapy: Theory / Research / Practice / Training. 2002. V. 39 (4). P. 283–296.
26. *Mitchell J.* When disaster strikes...the critical incident stress debriefing process // Journ. of Emergency Medical Services. 1983. V. 8. P. 36–39.
27. Office for victims of Crime. OVC Handbook for coping after terrorism. Washington, D.S.: US Department of Justice Programs, 2001.
28. *Owimette P., Brown P.J.* Trauma and substance abuse: causes, Cosequences, and treatment co morbid disorders. Washington, D.C.: American Psychological association, 2002.
29. *Pastel R.* Collective behaviors: Mass panic and outbreaks of multiple unexplained symptoms // Military Medicine. 2001. V. 166 (12). P. 44–46.
30. *Prigerson H., Jacobs S.C.* Traumatic grief as distinct disorder: A rationale, consensus criteria, and a preliminary test // Handbook of bereavement research:

- Cosequences, coping, and care / Eds. M.S. Strobe, R.O. Hanson et al. Washington, D.C.: American Psychological Association, 2001. P. 613–645.
31. *Raphael B., Minkov C., Dobson M.* Psychotherapeutic and pharmacological intervention for bereaved persons // *New handbook of bereavement: Cosequences, coping, and care* / Eds. M.S. Stroebe, W. Stroebe et al. Washington, D.C.: American Psychological Association, 2001. P. 587–612.
 32. *Ruzek J.I., Maguen S., Litz B.T.* Evidence-based Interventions for Survivors of Terrorism // *Psychology of Terrorism* / Eds. B. Bongar, L.M. Brown et al. Oxford, N.Y.: Oxford University Press, 2007. P. 247–272.
 33. *Shear K.M., Frank E. et al.* Traumatic grief treatment: A pilot study // *American Journ. of Psychiatry*. 2001. V. 158. P. 1506–1508.
 34. *Small G. et al.* Mass hysteria among student performers: Social relationship as a symptom predictor // *American Journ. of Psychiatry*. 1991. V. 148 (9). P. 1200–1205.
 35. *Vlahov D., Galea S. et al.* Increased use of cigarettes, alcohols and marijuana among Manhattan residents after the September 11th terrorist attacks // *American Journ. of Epidemiology*. 2002. V. 155. P. 988–996.
 36. *Taylor D.M.* Defusing the Terrorism of Terror // *Psychology of Terrorism* / Eds. B. Bongar, L.M. Brown et al. Oxford, N.Y.: Oxford University Press, 2007. P. 373–399.
 37. *Van Emmerick A.A., Kamphuis J.H. et al.* Single-session debriefing following psychotrauma, help or harm? A misanalysis // *Lansecf*, 2007.
 38. *Waxler-Morrison N., Richardson E. et al.* Cross-cultural coping: a handbook for health professionals. Vancouver: University of British Columbia Press, 2001 (2nd).

CONSEQUENCES OF TERRORISM: PROBLEM OF ASSESSMENT AND PSYCHOLOGICAL RESPONSE (FOREIGN EXPERIENCE)

V.A. Sosnin

PhD, assistant professor, senior research assistant, Institute of Psychology RAS, Moscow

Main psychological disorders associated with terrorism and methods of psychotherapeutic interventions (primary psychological assistance, psychological debriefing, cognitive-behavioral therapy) are considered. Analysis of foreign researches devoted to effectiveness of psychological debriefing study as the main method of psychotherapeutic intervention for terrorists' victims is carried out. The tendencies in development of modern forms of special psychological service's work in disastrous situations due to terrorism are named.

Key words: posttraumatic stress, psychological trauma, acute stress disorder, posttraumatic stress disorder (PTSD), psychological debriefing, training.