

# Опыт оказания психолого-психиатрической помощи пострадавшим при террористическом акте в Беслане 1–3 сентября 2004 г.

УДК 616.895–07

## ОСТРЫЕ СТРЕССОВЫЕ РАССТРОЙСТВА КАК ПРОБЛЕМА ПСИХИАТРИИ КАТАСТРОФ: КЛИНИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ

(комментарии к статьям об оказании помощи пострадавшим  
в связи с террористическим актом  
в городе Беслане 1–3 сентября 2004 года)

**В. Н. Краснов**

*Московский НИИ психиатрии*

Представленные ниже публикации отражают непосредственный опыт оказания помощи пострадавшим в г.Беслане (Северная Осетия) 1–3 сентября 2004 года, с попыткой обобщения клинических, психопатологических и психологических подходов к оценке состояния пострадавших и определению оптимальных рекомендаций по оказанию им помощи.

С полным основанием авторы обозначают свое отношение к «стрессовым расстройствам» как в известной мере закономерным в условиях чрезвычайных воздействий и неспецифическим явлениям, вместе с тем нуждающимся в конкретизации клинических, и особенно динамических, характеристик данных расстройств. Вошедшая в современные классификации категория «острых стрессовых расстройств» вытесняет понятие острых психогенных реакций, но преимущественно в диапазоне «страх-тревога – их вегетативные проявления». В то же время положение острых депрессивных реакций (реакций горя, утраты) оказалось неопределенным и требует уточнения границ нормы переживания. Что касается подострых, затяжных депрессивных, тревожно-депрессивных реакций, то их соотношение с категорией расстройств адаптации в большинстве случаев затруднено из-за принципиальных различий особенностей провоцирующей ситуации, ее масштаба, индивидуального либо массового поражения. Протрагированные реакции, при возможной общности отдельных проявлений, в частности вторичных воспоминаний, представлений трагических событий, никак не могут быть отнесены к посттравматическому стрессовому расстройству в силу отсутствия очевидных личностных изменений, сохранности на данном этапе конструктивных социально-ориентированных связей с окружающим: расширительная диагностика посттравматического стрессового расстройства все чаще подвергается

критике в современных психиатрических дискуссиях во всем мире. Положение же так называемого острого посттравматического стрессового расстройства еще не вполне определено (8, 9) в силу недостаточности только хронологического критерия диагностики при уже закрепившимся за понятием «посттравматическое» негативного прогностического значения личностных изменений. Сказанное делает оправданным не только изложение непосредственного опыта клинической и психологической оценки расстройств и форм реагирования на масштабную трагедию в городе Беслане в связи с террористическим актом 1–3 сентября 2004 года, но и попытку определить положение выявляемых болезненных переживаний и поведенческих реакций в современной психиатрической систематике.

По-видимому, имеет смысл обратиться к родовому понятию «стресс». Согласно концепции Н.Selye (14, 15) стресс является неспецифической физиологической реакцией напряжения, выполняющей приспособительную, адаптивную роль и возникающей в ответ на изменения окружающей среды. Как известно, Н.Selye различал eustress как необходимое, положительное физиологическое явление и distress (или strain) как неадаптивную реакцию, отражающую не столько агрессивные или чрезмерные изменения среды, сколько неадаптивность физиологических приспособительных механизмов.

В последние десятилетия понятие «стресс» стало чрезвычайно популярным, но его первоначальный научный смысл искажился: оно применяется преимущественно к неблагоприятным, драматичным событиям, а не только и даже не столько к реакции на изменения среды, то есть обозначает собственно «stressor» – как воздействие, раздражитель, опасность, экстраординарное событие. Более того, искаженное понимание стресса нашло отра-

жение в международной классификации МКБ-10 и закреплено в понятиях «реакция на стресс», «реакция на тяжелый стресс» (reaction to severe stress в оригинале ICD-10), что тавтологично и не вполне отвечает научной терминологии. В клинической практике встречаются случаи вторичной патологической (ипохондрической, тревожной) реакции на выраженные вегетативные проявления стресса (дистресса), но это скорее компонент более сложного расстройства. С другой стороны, не только стресс, но и собственно стрессовые расстройства могут не осознаваться как таковые, что не лишает их клинического значения. Исходя из этого, можно считать более понятной и приемлемой категорию «острые стрессовые расстройства» (acute stress disorders) применительно к сфере катастроф и чрезвычайных ситуаций. «Связанные со стрессом расстройства» (stress-related disorders) имеют более свободные границы, охватывающие и невротические расстройства.

Следует отметить, что американские диагностические руководства DSM-IV и особенно DSM-IV-TR оперируют достаточно строгими терминами, вполне определенно разграничивая «стресс», «стрессор» и «стрессовые расстройства», хотя в рамках психиатрии катастроф и чрезвычайных ситуаций словоупотребление «посттравматический стресс» в расширительном значении до настоящего времени встречается и в американской литературе (17). Таким образом, в качестве «стрессовых расстройств» обычно обозначают собственно «дистрессовые расстройства», но последнее название не прижилось в клинической практике.

Каждая чрезвычайная ситуация имеет свою специфику, сочетает в себе и отражает в своих последствиях множество факторов, соответственно – по-разному проявляется в реакциях пострадавших. Эти особенно позволяют усматривать в механизмах реагирования роль не только непосредственного стрессора (угрозы жизни, осознания потерь), но и предшествующих факторов, различных биологических и психологических предпосылок. Разумеется, существуют и общие закономерности психического (и психосоматического) реагирования и развития психолого-психиатрических последствий чрезвычайных ситуаций.

В отношении закономерностей – есть все основания присоединиться к клинической традиции и отметить неизменное разделение на острые и протрагированные реакции. При этом первые в своих психопатологических проявлениях выражаются в неспецифических регрессивных формах поведения, тяготеющих к ступору или двигательной буре, хотя в современных условиях эти реакции скорее редки. В том и другом случаях выявляются элементы растерянности, интеллектуальной несостоятельности, беспомощности, хотя их кратковременность и компенсируемость не всегда дает основания для психиатрического вмешательства. Что важно отметить как общую закономерность, несомненно, требующую учета при оценке состояния и оказании помо-

щи, – это соматовегетативное сопровождение или, вернее, обязательные вегетативные проявления острой стрессовой (дистрессовой) реакции. Соматовегетативные сдвиги тоже неспецифичны, но относятся прежде всего к сердечно-сосудистой системе и отражают преимущественно симпатикотонические сдвиги вегетативной регуляции вплоть до гипертензионных кризов, приступов стенокардии и т.п. При этом не меньшую опасность представляют своего рода контрреакции или отставленные реакции, в виде гипотонии или дисбаланса сосудистой регуляции с гипотоническими кризами и угрозой сердечной и церебральной ишемии. Проявившаяся на остром этапе соматическая уязвимость нередко имеет своим продолжением более устойчивые нарушения со стороны сердечно-сосудистой и других функциональных систем организма. Своевременные симптоматические и превентивные меры могут предотвратить развитие этих нарушений психосоматического регистра и трансформацию их в собственно соматическую патологию.

Опыт многолетнего участия сотрудников Московского НИИ психиатрии в оказании помощи пострадавшим вследствие катастроф, локальных военных действий и террористических актов (3, 5–10), совместно с многими другими учреждениями (Центр медицины катастроф «Защита», ГНЦ СиСП им. В.П.Сербского, Московская городская психотерапевтическая поликлиника № 223 и др.), позволяет выделить несколько существенных факторов чрезвычайной ситуации:

1. Внешние воздействия:

- шоковые факторы, связанные с угрозой жизни;
- дополнительные неблагоприятные ситуационные влияния, предшествующие и сопутствующие шоковому фактору;
- дополнительные экзогенные вредности (интоксикации, травмы и т.п.).

2. Внутренние условия:

- особые черты личности (тревожность, демонстративность, эмоциональная неустойчивость);
- мотивация деятельности в чрезвычайной ситуации (пассивность, активность, личная или административная ответственность за спасательные мероприятия);
- соматическая (физическая) ослабленность;
- резидуальная церебральная (органическая) недостаточность как фактор уязвимости, истощаемости.

3. Информационная среда:

- наличие или отсутствие объясняющей и прогностической информации о чрезвычайной ситуации;
- наличие или отсутствие связи и возможности взаимодействия с близкими, знакомыми, с официальными лицами, участвующими в преодолении катастрофы и ее последствий;
- трансляция средствами массовой информации картин катастрофы, натуралистических сцен (негативная информационная среда), либо –
- сбалансированная информация не только об угрозе и масштабе последствий, но и о рациональ-

ном конструктивном поведении, положительных образцах выдержки, стойкости, взаимной поддержки в чрезвычайной ситуации.

Многофакторность природы психических и психовегетативных расстройств, развивающихся в условиях катастрофы, действительно, делает условным отнесение любых их форм и отдельных проявлений к психогениям. В этом смысле стресс, точнее – дистресс, может рассматриваться как обязательный или ведущий компонент развивающегося расстройства.

Непосредственная реакция на угрозу жизни является эволюционно предуготованной и инстинктивно направлена на самосохранение, но спустя мгновения или минуты большинство людей способны к рациональному контролю своих действий или, по крайней мере, побуждению к помощи близким, окружающим, то есть к социально ориентированной деятельности. Психовегетативные проявления стресса (или дистресса) могут сохраняться, но не обязательно определяют поведение.

Формы непосредственного реагирования на трагические события универсальны и воспроизводятся в человеческой цивилизации на протяжении тысячелетий, что отражено в древнейших памятниках письменности. Недавний анализ шумерских клинописных текстов о гибели правителя Шумера Урнаммы и о падении города Ура (2094 и 2003 гг. до н.э.) дает возможность соотнести яркие описания паники, отчаяния, страха, горя, вины, бессонницы, физического напряжения и беспокойства, охваченности тягостными воспоминаниями и представлениями сцен разрушения и смерти – с критериями острого стрессового расстройства по DSM-IV (13).

Острые стрессовые реакции при всем их разнообразии не представляют особых трудностей для диагностики, но это должна быть прежде всего клиническая диагностика как врачебная функция, поскольку в сложной гамме психологически понятных реакций и психопатологических симптомов важно учесть комбинированные поражения (баротравмы, коммоции, контузии, тяжелые ранения, ожоги, обезвоживание и др.). Сходные проблемы возникали, в частности, при оказании помощи пострадавшим при захвате заложников в городе Буденновске в 1995 году, при взрыве в московском метро в феврале 2004 года, обрушении крыши аквапарка в Москве 14 февраля 2004 года, как и во многих других чрезвычайных ситуациях. В то же время следует учитывать целесообразность психологического этапа предложения помощи и ее оказания, а иногда и взаимодействия с подготовленными непрофессионалами.

Работа Д.Ю.Вельтищева и соавторов демонстрирует далеко не исчерпавшие себя возможности описательной и структурно-динамической психопатологии. Последняя, быть может, сейчас более всего необходима в области психиатрии катастроф и чрезвычайных ситуаций: чем больше психиатрия и клиническая психология оказываются причастными к

оказанию помощи пострадавшим, тем больше выявляется новых или ранее игнорировавшихся данных, требующих пересмотра традиционных представлений о психиатрических и психологических последствиях такого рода трагических событий.

Среди таких фактов прежде всего обращает на себя внимание определенная физиологическая адекватность значительного числа реакций и их отдельных проявлений, психологическая понятность, включая культуральную, гендерную, возрастную опосредованность таких «эндоформных» феноменов, как чувство вины, витализированное переживание горя, ранние пробуждения, идеомоторная заторможенность.

Еще важнее возможность исчезновения этих явлений спонтанно либо при минимальной психологической поддержке, консультативной либо, в отдельных случаях, кратковременной симптоматической медикаментозной помощи. В связи с этим заслуживают упоминания приведенные недавно на Конгрессе Всемирной психиатрической ассоциации в Афинах (12–16 марта 2005 г.) свидетельства P.Deva (Малазия), R.Trivedi (Индия) и других известных психиатров из стран Юго-Восточной Азии о высокой эффективности относительно простых методов помощи пострадавшим вследствие цунами 26 декабря 2004 года в этом регионе мира: при крайнем недостатке психиатров и психотерапевтов многие парапрофессионалы, участвовавшие в организованной помощи, в частности привычные для местной культуры квалифицированные массажисты, весьма успешно справлялись с оказанием помощи при острых и протрагированных стрессовых реакциях с преимущественно тревожными, депрессивными и вегетативно-соматическими проявлениями (неопубликованные данные).

Опыт группы Д.Ю.Вельтищева в целом соответствует выделенным нами ранее (6–9) тенденциям динамики психического и психовегетативного реагирования в условиях чрезвычайных ситуаций и их последствий. Они изложены ниже.

Динамика психических нарушений (изменений) при чрезвычайных ситуациях:

- изменчивые соотношения (взаимопереходы) защитно-приспособительных (адаптивных) и дезадаптивных форм ситуационного реагирования;
- сочетание и взаимопотенцирование вегетативно-соматических и психических компонентов ситуационного реагирования;
- сочетание индивидуальных и групповых (популяционных) форм реагирования;
- разрешение (компенсация) нарушений либо усложнение расстройств от астенических и психовегетативных к аффективным (тревожным, депрессивным);
- при сохраняющейся неблагоприятной ситуации – тенденция формирования личностных изменений (расстройств) по типу враждебности, изоляции и др. (что близко к формированию посттравматического стрессового расстройства);

- при дополнительных неблагоприятных экзогенных факторах – появление и углубление когнитивных нарушений вплоть до формирования психорганического синдрома;

- сенсбилизация к последующим чрезвычайным ситуациям или даже к событиям и объектам, их символизирующим.

Таким образом, диапазон реакций и расстройств, связанных с катастрофами и чрезвычайными ситуациями, весьма вариабелен и отнюдь не ограничивается предписанными современными классификациями клиническими формами.

Большинство катастроф и масштабных чрезвычайных ситуаций последних лет сопряжены с высокой частотой функциональных когнитивных нарушений с элементами дезориентировки в ситуации, общего снижения поведенческой адаптации, проявлениями профессиональной несостоятельности, в том числе в выполнении некоторых административных функций. Этому факту в классической психиатрии не уделялось специального внимания, в отличие от более грубых форм регрессивного поведения с выраженной (очевидной) псевдодеменцией (по типу синдрома Ганзера и т.п.). Хотя эти негрубые нарушения могут быть отнесены скорее к «психологии катастроф» нежели к психиатрии катастроф, тем не менее требуют квалификации их как поведенческих расстройств и, соответственно, временного отстранения таких лиц от активной деятельности, прежде всего деятельности в рамках спасательных мероприятий. В отечественной психиатрии имеется опыт введения т.н. «дублирования функций» в случаях, где этически и психологически представляется неприемлемым прямое отстранение от формальных обязанностей (1). Будучи функциональными, такие нарушения обычно быстро исчезают, но, при наличии органически измененной почвы и неблагоприятных обстоятельствах могут длительно сохраняться в своих отдельных проявлениях, прежде всего в виде психической истощаемости и снижения интеллектуальной продуктивности. В целом задача сохранения здоровья и работоспособности спасателей и членов оперативного штаба в тех или иных чрезвычайных условиях является одной из насущных, тем не менее, по настоящему еще не решаемых стратегически проблем. Так называемая реабилитация спасателей охватывает только часть специалистов, участвующих в спасательных мероприятиях. Определение оптимальных сроков работы специалистов в условиях катастрофы и ее последствий с учетом напряженности и неординарности такого рода работы также является насущно необходимой обязанностью медицины (в том числе психиатрии) катастроф и психологии катастроф. Психологическая и физическая вовлеченность в спасательные мероприятия играет мобилизующую роль, помогает справиться с чрезвычайными нагрузками и воздействиями иногда в течение нескольких суток. Однако вслед за этим, безусловно, требуется отдых, а иногда и

медико-психологическая помощь, без которых и соматическое и психическое здоровье спасателей подвергается опасности. Необходимы также рекомендации по охране здоровья врачей и психологов, участвующих в оказании помощи (длительность, режим работы, сменяемость).

Более изучены, хотя и не систематизированы, отдельные факты усложнения структуры болезненных состояний, тенденции сочетания симптомов депрессивного эпизода и острого стрессового расстройства, присоединения дисфорических включений, имеющих экстрапунитивную проекцию. Последняя также оказывается психологически понятной, исходя из особенностей ситуаций и, возможно, имеет защитную функцию: депрессивные проявления замещаются дисфорией, с возможной вербальной агрессией и другими экспрессивными проявлениями, что может иметь определенное положительное прогностическое значение, хотя требует внимательного отношения к возможному клиническому усложнению состояния в отдельных случаях (вне групповых форм реагирования).

Диапазон болезненных явлений и гамма переживаний в структуре «адекватных» и психологически понятных реакций зачастую шире, чем это присуще традиционным клиническим формам расстройств. Динамический анализ меняющихся сочетаний различных проявлений стрессовых расстройств позволяет выявить их индивидуальную и ситуационную опосредованность, соответственно варьируя терапевтическую тактику. Предпочтения последней, как подтверждают и данные Д.Ю.Вельтищева и соавторов, принадлежат к симптоматическим средствам и психотерапевтическим воздействиям, а среди симптоматических средств – анксиолитикам, в то время как целесообразность (курсового) применения антидепрессантов еще требует надежных доказательств. В этом отношении заслуживают внимания нередкие случаи протрагирования или актуализации вегетативных проявлений стрессовых расстройств при продолжительном применении антидепрессантов, по-видимому, за счет активирующего компонента их тимоаналептического действия.

Накапливающийся опыт подтверждает необходимость интенсивной научно-методической разработки проблем оказания психолого-психиатрической помощи в чрезвычайных ситуациях. Хотя эти проблемы не являются новыми, для их решения уже существуют определенные организационные подходы и принципы работы (2, 4, 6–8, 16, 17), тем не менее каждая вновь возникающая чрезвычайная ситуация ставит все новые вопросы или требует прояснения ранее сформировавшихся представлений.

До настоящего времени некоторые виды помощи пострадавшим не вполне определены, даже не имеют своего названия. Так, в связи с различными катастрофами и террористическими актами сотрудниками Московского НИИ психиатрии Минздрава России приходилось принимать участие в обеспечении психотерапевтического сопровождения про-

цедуры опознания тел или фрагментов тел погибших их родственниками. Эту работу трудно обозначить иначе, чем «сопровождение» (хотя в публикуемой ниже статье О.Б.Ковалевской психологическая работа с пострадавшими также обозначена как «сопровождение», что тоже отражает терминологические трудности в обозначении конкретных форм помощи). При этом возникала необходимость не только психологического участия, эмоциональной поддержки, присутствия, но и первичной медицинской помощи в связи с вегетативно-сосудистыми и иными реакциями, актуализацией обостряющихся соматических заболеваний. В то же время требовалось соблюдение определенной дистанции при готовности к оказанию помощи без навязывания ее в этой драматичной процедуре.

Особое место в организации помощи пострадавшим, в ее эффективности принадлежит взаимодействию служб специалистов. Это, быть может, самый ответственный и перспективный уровень решения проблем, связанных с чрезвычайными ситуациями.

Совместных усилий врачебного и психологического сообщества с привлечением юристов требует разрешение дилеммы между правовой нормой помощи по обращаемости и этическим побуждением оказания помощи по реальной необходимости. Здесь же, но в несколько иной плоскости, следует искать соотношение между профессиональными прерогативами врача-психиатра (в качестве диагноста, фармакотерапевта и психотерапевта), врача-интерниста (в качестве «ургентного» диагноста и терапевта) и клинического психолога.

Обобщая сказанное, можно выделить следующие организационные проблемы, связанные с оказанием помощи в чрезвычайных ситуациях:

1. Необходимость оперативного взаимодействия различных специалистов: такое взаимодействие должно обеспечиваться оперативным штабом по ликвидации чрезвычайной ситуации и ее последствий.

2. Готовность к работе в условиях чрезвычайной ситуации полипрофессиональных бригад и определенных специалистов (врачей-психиатров, интернистов, психологов). Эта готовность может быть предусмотрена в каждом регионе, городе на основе функциональных обязанностей специалистов учреждений, в обычное время работающих в регуляр-

ном режиме клинической или консультативной психологической практики.

3. Определение статуса профессионала (наличие сертификата или удостоверения, подтверждающего подготовленность к работе в чрезвычайных ситуациях), аффилированность/принадлежность к государственному учреждению, имеющему соответствующие полномочия.

4. Распределение функций между различными специалистами: клиническая диагностика, фармакотерапевтическая помощь, включая неотложную, психотерапевтическая помощь, психологическое консультирование, участие психологов в психотерапии, самостоятельные этапы психологической работы, обеспечение семейной и иной социальной поддержки к избирательным вовлечением в эту работу непрофессионалов.

5. Разработка, обоснование и утверждение этических и правовых норм медико-психологического и психосоциального вмешательства именно как помощи пострадавшим; принципы партнерства должны распространяться и на работу в чрезвычайной ситуации. Однако по условиям этой работы и состоянию пострадавших патернализм и граничащие с принуждением (ассертивные) меры неизбежны и должны быть предусмотрены.

6. Обеспечение адекватной информационной поддержки спасательных мероприятий.

В предвидении неизбежности чрезвычайных ситуаций разного рода, в том числе малой вероятности исчезновения терроризма как всемирного явления, не менее важным, чем организация помощи пострадавшим, представляется повышение жизнестойкости населения, его сопротивляемости терроризму, устойчивости к стрессовым воздействиям, выживаемости в трагических обстоятельствах. Чрезвычайные ситуации последнего времени как раз дают впечатляющие примеры жизнестойкости и конструктивного поведения населения в провоцирующих панику и беспомощность обстоятельствах. Этот опыт достоин изучения и психологической, социально-психологической оценки, с тем, чтобы воспользоваться им в психообразовательной деятельности. Резервы жизнестойкости – индивидуальные, групповые, популяционные, со всеми их гендерными, возрастными, культуральными аспектами, – требуют изучения отнюдь не в меньшей мере, нежели патологические явления.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский Ю.А. и соавт. Психогении в экстремальных условиях. – М.: Медицина, 1991. – 97 с.
2. Бойко В.П. Особенности антистрессовой медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях и их последствиях // Социальная и клиническая психиатрия. – 2003. – Т. 13, № 2. – С. 60–67.
3. Кекелидзе З.И., Морозова И.Г. Психиатрия чрезвычайных ситуаций // Руководство по социальной психиатрии / Под ред. Т.Б.Дмитриевой. – М.: Медицина, 2001. – С. 415–446.
4. Идрисов К.А., Краснов В.Н. Состояние психического здоровья населения Чеченской республики в условиях длительной чрезвычайной ситуации // Социальная и клиническая психиатрия. – 2004. – Т. 14, № 2. – С. 5–10.

5. Коханов В.П., Крюков В.В., Кибрик Н.Д. Особенности психических расстройств у пострадавших при террористическом акте в Буденновске // Медицина катастроф. – 1995. – Т. 4, № 3–4. – С. 64–67.
6. Коханов В.П., Краснов В.Н. Оказание психиатрической помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях. Пособие для врачей. – М.: ВЦМК «Защита», 1997. – 46 с.
7. Краснов В.Н. Методологические и организационные аспекты психиатрии катастроф // Медицина катастроф. – 1995. – Т. 6, № 1. – С. 16–20.
8. Краснов В.Н., Коханов В.П., Щербинин И.В. Современные подходы к психиатрической помощи и реабилитации лиц опасных профессий, нуждающихся в психолого-психиатрической поддержке

// Вестник восстановительной медицины. – 2002. – № 2. – С. 9–13.

9. Краснов В.Н., Резник А.М., Коханов В.П. Психические и психосоматические расстройства у участников ликвидации последствий катастрофы на Чернобыльской атомной электростанции. – М.: ВЦМК «Защита», 2003. – 108 с.

10. Краснов В.Н. На путях предупреждения и преодоления последствий чрезвычайных ситуаций // Амбулаторная и больничная психотерапия и медицинская психология. – 2004. – Вып. 2. – С. 146–148.

11. Тарабрина Н.В. Психологический практикум. – М., 2003.

12. Andreasen N. Acute and delayed posttraumatic stress disorders: a history and some issues // Am. J. Psychiatry. – 2004. – Vol. 161, N 8. – P. 1321–1323.

13. Ben-Ezra M. Trauma in antiquity: 4000 year old post-traumatic reactions? // Stress and Health. – 2004. – Vol. 20. – P. 121–125.

14. Selye H. The stress of life. – New York: McGraw-Hill, 1956.

15. Selye H. History and present status of the stress concept // Handbook of stress. Theoretical and clinical aspects / L. Goldenberger, S. Breznitz (Eds.). – New York: The Free Press, 1986. – P. 7–17.

16. Ursano R.J., McCaughey B.G., Fullerton C.S. (Eds.). Individual and community responses to trauma and disaster. The structure of human chaos. – Cambridge: Cambridge University Press, 1995. – 422 p.

17. Ursano R., Fullerton C.S., Norwood A.F. (Eds.). Terrorism and disaster. Individual and community mental health interventions. – Cambridge: Cambridge University Press, 2003. – 350 p.