

Глава 9. Психология «жертвы терроризма»

9.1. Понятие «жертва терроризма».

9.2. Психология взаимодействия террористов с заложниками.

9.3. Психология заложников.

9.4. Основные психические реакции жертв терроризма.

9.5. Классификация жертв террористических актов.

9.1. Понятие «жертва терроризма»

Террористический акт – особый вид чрезвычайного события, и главной его целью является массовое распространение среди населения чувства ужаса и страха. Потеря безопасности в массовом сознании приобретает хронический характер и ведет к нарушению психического и физического здоровья. К характерным чертам террористического акта можно отнести: внезапность (несущую жизненную угрозу, ломающую все базовые ценности человека. Это приводит к дезориентации человека в психологическом и в социальном пространстве) и насильственный характер события. К психологическим последствиям терроризма можно отнести негативное воздействие на психоэмоциональное здоровье человека.

Жертва террористического акта – лицо (или группа лиц), перенесшее непосредственно посягательство на свои основные права со стороны другого лица (или группы лиц), действующего сознательно (Щербакова, 2005).

Жертвы терроризма, как правило, последовательно испытывают следующие чувства: страх, который перерастает в ужас, вызывающий апатию или панику, которая может преобразоваться в агрессию. Также есть мнение о существовании различий в поведении жертвы в зависимости от гендерной принадлежности, уровня образования, интеллектуальных способностей и уровня благосостояния человека. Одним из главных последствий

террористического акта является психопатологическая симптоматика у его жертв и свидетелей.

Смысл психической травмы состоит в том, что люди, перенесшие стрессовое событие, через некоторое время могут обнаружить, что они не могут жить и взаимодействовать в обществе, справляясь с возникающими жизненными проблемами по-прежнему. Посттравматическому стрессу подвержены как непосредственно жертвы, так и «зрители», которые стали свидетелями травматического события или узнали о нем через средства массовой информации.

К наиболее серьезным психическим расстройствам от воздействия психической травмы принадлежат острое стрессовое расстройство (ASD) и посттравматическое стрессовое расстройство (PTSD). Такие заболевания серьезно нарушают качество жизни людей, могут вызвать устойчивую психическую неспособность человека к нормальному функционированию.

9.2. Психология взаимодействия террористов с заложниками

Взаимодействие террористов с захваченными заложниками можно назвать сложным социально-психологическим явлением (Почебут, 2004), которое имеет несколько специфических этапов.

Первый этап – захват заложников, характеризующийся молниеносными действиями террористов и полной неожиданностью для заложников.

Второй этап – подчинение террористами воли заложников путем запугивания.

Третий этап – недопущение открытой паники среди заложников. Средством этого может быть избиение или даже расстрел паникера.

Четвертый этап – введение жестких норм поведения заложников, диктат того, что можно, а что нельзя делать.

Пятый этап – оповещение внешнего мира о захвате заложников. Например, в центре на Дубровке террористы разрешили заложникам

поговорить по телефону со своими родственниками и знакомыми. Затем мобильные телефоны были отобраны.

Шестой этап – сортировка заложников с целью разрушить установившиеся межличностные связи. Террористы отделили мужчин от женщин, детей от взрослых, россиян от иностранцев.

Седьмой этап – организация жизни заложников, обеспечение питания, сна и пр.

Восьмой этап – адаптация заложников к экстремальной ситуации, наступление усталости, притупление чувств.

Девятый этап – возникновение у заложников состояния депрессии, возможны эмоциональные срывы как со стороны заложников, так и со стороны террористов.

Десятый этап – освобождение заложников и уничтожение террористов.

9.3. Психология заложников

В работе Н. Пуховского (2000) на основе исследования, проведенного в г. Буденновске сразу после захвата заложников летом 1995 г., оцениваются общие психологические черты разных типов жертв террора (непосредственно пострадавших от террористических действий заложников, их родственников, а также невольных свидетелей – жителей города).

Первая группа лиц, вовлеченных в террор, – близкие родственники заложников и «пропавших без вести» (предположительных заложников) – внезапно оказались в ситуации «психологического раскачивания»: они метались от надежды к отчаянию. Все эти люди обнаружили острые реакции на стресс с характерным сочетанием целого комплекса аффективно-шоковых расстройств (горя, подавленности, тревоги), паранойяльности (враждебного недоверия, настороженности, маниакального упорства) и соматоформных реакций (обмороков, сердечных приступов, кожно-аллергических высыпаний).

Состояние представителей второй группы – только что освобожденных заложников – определялось остаточными явлениями пережитых ими острых аффективно-шоковых реакций. В клинико-психологическом плане это была достаточно типичная картина так называемой адинамической депрессии с обычно свойственными ей «масками» астении, апатии, ангедонии. Характерными чертами было нежелание вспоминать пережитое. Особо отметим навязчивое желание поскорее «очиститься», в частности «принять ванну», – оно было особенно симптоматичным и высказывалось многими освобожденными заложниками.

По рассказам освобожденных заложников, в данной экстремальной ситуации наблюдалось поведение трех типов.

- **первый тип** – это регрессия с «примерной» инфантильностью и автоматизированным подчинением, депрессивное переживание страха, ужаса и непосредственной угрозы для жизни. Это апатия в ее прямом и непосредственном виде;

- **второй тип** – это демонстративная покорность, стремление заложника «опередить приказ и заслужить похвалу» со стороны террористов. Это скорее не депрессивная, а стеническая активно-приспособительная реакция. Такой тип характерен для женщин с детьми или беременным женщинам.

- **третий тип** поведения – хаотичные протестные действия, демонстрации недовольства и гнева, постоянные отказы подчиняться, провоцирование конфликтов с террористами. Данный тип характерен для одиноких мужчин и женщин с низким уровнем образования и сниженной способностью к рефлексии.

Кроме таких различий поведения, отдельно отмечались **специфические психопатологические феномены двух типов.**

Феномены первого типа – ситуационные фобии. В очаге чрезвычайной ситуации заложники испытывали ситуационно обусловленные агорафобические явления. Это боязнь подойти к окну, встать во весь рост,

стремление ходить пригнувшись, «короткими перебежками», боязнь привлечь внимание террористов и т. п. Естественно, все это определялось стремлением уцелеть в происходящем вокруг. Однако уже в ближайшие дни после освобождения заложники с выраженным аффектом жаловались на появление навязчивой агорафобии (боязнь открытых пространств) и склонности к ограничительному поведению. У них вновь появились такие симптомы, как боязнь подходить к окнам – уже в домашних условиях; боязнь лечь в постель и желание спать на полу под кроватью и т. п. Наиболее характерны такие жалобы были для молодых женщин, беременных или матерей малолетних детей.

Второй тип феноменов – это различные искажения восприятия. В структуре «синдрома заложника» уже после освобождения жертвы иногда высказывались о правильности действий террористов; об обоснованности их холодной жестокости и беспощадности, в частности «несправедливостью властей»; об оправданности действий террористов стоящими перед ними «высокими целями борьбы за социальную справедливость»; о «виновности властей в жертвах» в случае активного противостояния террористам и т. п. Такие высказывания, по сути, соответствующие «стокгольмскому синдрому», характерны для немолодых, одиноких мужчин и женщин с невысоким уровнем образования и низкими доходами. Эти высказывания были пронизаны аффектом враждебного недоверия и не поддавались критике. Такие суждения возникали только после освобождения – в период заложничества именно эти люди демонстрировали описанное выше поведение третьего типа, отличались хаотичными протестными действиями, провоцировавшими конфликты и агрессию со стороны террористов.

Когда человек попадает в ситуацию заложника, изменяется **структура общения между жертвами террористов**. Выделяют несколько **стадий развития такого общения** (Христенко, 2004).

– Первая стадия. Человек как бы замирает, затаивается, присматривается к другим, оценивая перспективу контактов с окружающими. Для этой стадии

характерно снижение активности общения. Вербальное общение прекращается почти полностью, однако человек не «выпадает» из общения, он внимательно следит за поведением окружающих. Происходит оценка опасности со стороны социального окружения, человек пытается прогнозировать развитие событий, определяет для себя необходимость каких-либо немедленных действий. У подавляющего большинства срабатывает один из механизмов психологической защиты – отрицание. Люди просто не верят (а часто и не хотят верить), что «это» произошло с ними. Если условия содержания суровы, то уже через несколько часов кто-то из заложников начинает злобно вспышивать, ругаться с соседями, может быть, даже со своими близкими. Такая агрессия помогает «сбрасывать» эмоциональное перенапряжение, но вместе с тем истощает человека. Эта стадия общения может длиться до нескольких часов в зависимости от личностных особенностей и состояния человека.

Вторая стадия. Происходит увеличение интенсивности тех или иных проявлений общения, иногда возникает несвойственная для данного человека (в обыденных, не стрессовых ситуациях) активность в общении. Чрезвычайность ситуации отменяет сложившиеся стереотипные формы поведения, люди ведут себя не так, как в обыденной жизни. Во время этой стадии происходит ролевое разделение заложников, определяются лидеры, пассивные наблюдатели, «активисты» и т. п. Некоторые в этой стадии начинают вести себя агрессивно, причем не только по отношению к другим заложникам, но и к преступникам.

Третья стадия. Если рядом находится заложник, у которого наблюдается телесное недомогание, то возникает более тесное общение, связанное с заботой об этом больном человеке. При этом разрушается зональное разделение межличностной территории людей. Эта ситуация оказания помощи (хоть и вынужденной) является мощным антистрессовым фактором, причем как для того, кто оказывает помощь (он чувствует свою необходимость для окружающих), так и для того, кому ее оказывают (он также чувствует себя

цементирующим звеном). На данной стадии уточняется ролевой статус заложников, происходит создание неформальных микрогрупп.

Четвертая стадия. Если ситуация не разрешается, происходят следующие изменения общения. В одних случаях преобладают компоненты взаимодействия, консолидирующие группу, в других – дезорганизирующие ее, т. е. в каждой неформальной группе (которая образовалась ранее) может появиться оппонент лидеру, который во всем не согласен с его мнением, действиями. Этот оппонент использует любой повод доказать несостоятельность лидера. На этой стадии в зависимости от индивидуальных особенностей (у кого раньше, у кого позже) начинает развиваться астенический синдром, т. е. апатия. Он характеризуется сочетанием повышенной утомляемости, истощенности нервно-психических процессов, вегетативными симптомами и нарушениями сна. В этом случае настроение резко понижается, появляется постоянная слезливость, повышенная чувствительность к яркому свету, громким звукам, резким запахам. В этот момент люди не переносят любых прикосновений к ним.

В психологии жертв терроризма существует феноменологический симптом, так называемый «стокгольмский синдром» (или «травматическая связь»), характеризующийся проявлением необъяснимой симпатии жертвы к своему «мучителю». Термин принадлежит криминалисту Нильсу Биджероту, который анализировал ситуацию, произошедшую в банке Швеции. Грабители забаррикадировались на территории банка с заложниками. Впоследствии четверо из заложников прониклись пониманием к грабителям и, когда те сдались полиции, защищали их. Одна из женщин позже развелась с мужем и вышла замуж за одного из преступников.

С точки зрения психологии, жертвы террористов под воздействием страха, чтобы избежать насилия и для спасения собственной жизни, стараются угождать своим мучителям. Впоследствии агрессия сменяется полным смирением, заложник понимает, что его жизнь полностью подчинена захватчику, который мог убить его, но не осуществил угрозы. Поэтому у жертв

может возникнуть сильная эмоциональная привязанность, искренняя симпатия к террористу.

Для того чтобы сформировался «стокгольмский синдром», необходимо несколько обстоятельств:

- фактор внезапности и психологический шок от понимания ситуации несвободы и зависимости от террористов;
- продолжительность нахождения в состоянии заложничества. Чем больше времени человек находится под давлением, тем больше растет чувство смирения и подчинения захватчику;
- психологическая защита в виде состояния депрессии. Многие психологи связывают «Стокгольмский синдром» с механизмом психологической защиты. Человек регрессирует в состояние ребенка, которого обижают, и, не находя защиты, он начинает приспосабливаться к обидчику и старается с ним договориться.

Работникам правоохранительных органов необходимо быть осторожными с жертвами со «стокгольмский синдром», т. к. они могут давать недостоверную информацию, стараясь оправдать захватчика; мешать проведению следствия и поиска доказательств виновности преступника.

«Стокгольмский синдром» – это такое состояние потерпевшего, (в результате захвата заложников), при котором жертва проявляет необоснованно хорошее отношение к захватчику, вследствие чего может преднамеренно исказить информацию о преступлении и правонарушителе. Высшая степень проявления этого – полнейшее одобрение, поддержка и понимание деятельности террористов, оказание им помощи и поддержки, вплоть до полного «перехода» на их сторону (т. е. пострадавший становится сопричастен к преступлению).

9.4. Основные психические реакции жертв терроризма

Общие признаки для освобожденных заложников.

Первая фаза – «фаза психологического шока» – содержит два основных компонента: угнетение активности, нарушение ориентировки в окружающей среде, дезорганизацию деятельности; отрицание происшедшего. Обычно эта фаза кратковременна.

Вторая фаза – «воздействие» – характеризуется выраженными эмоциональными реакциями на событие и его последствия. Это могут быть тревога, страх, ужас, гнев, т. е. эмоции, отличающиеся крайней интенсивностью. Постепенно эти эмоции сменяются реакцией самокритики или сомнения в себе.

Эта фаза является критической. После нее происходит либо процесс выздоровления в виде адекватной адаптации к вновь возникшим обстоятельствам – фаза «нормального реагирования», либо фиксация на травме с последующим развитием постстрессового расстройства. В последнем случае психические изменения личности можно представить в такой последовательности:

- травматический стресс (во время критического инцидента и сразу после него – до 2 суток);
- острое стрессовое расстройство (в течение 1 месяца после критического инцидента – от 2 суток до 4 недель);
- посттравматическое стрессовое расстройство (спустя более 1 месяца после критического инцидента – более 4 недель);
- посттравматическое расстройство личности (на протяжении последующей жизни человека, пережившего травму) (Малкина- Пых, 2010).

Результатом нахождения человека в психотравмирующей ситуации с массовыми жертвами является развитие следующих клинических проявлений: ПТСР, острое стрессовое расстройство, синдром психологического выгорания или истощения, депрессивное расстройство, тревожность, нарушение сна и злоупотребление алкоголем и наркотиками.

Многие исследователи отмечают потенциальный эффект воздействия террористического акта на психику людей, переживших трагическое событие,

– переживание травматического горя. Данные симптомы дистресса можно определить, как констелляцию ряда проявлений: сосредоточенность на погибших близких, потеря веры в себя и жизненной перспективы; неспособность принять смерть близких, состояние горечи или гнева в отношении смерти; избегание людей.

Причиной возникновения посттравматического стрессового расстройства (PTSD) может стать воздействие некоего травмирующего стрессора, например: человек становится свидетелем ситуации со смертельным исходом потерпевшего или сам находится под угрозой смерти (физического вреда). На такую ситуацию индивид включает реакцию интенсивного страха и / или ужаса. Симптомы повторного переживания события, избегания, оцепенения, повышенного возбуждения должны проявляться от месяца, считаются острыми, если проявляются до трех месяцев и от трех месяцев и больше становятся хроническими.

Острое стрессовое расстройство (ASD) по симптоматике схоже ПТСР, но проявление его симптомов меньше по времени и фокусируется больше на диссоциативных симптомах, чем PTSD. 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, при котором его жизни или физическому состоянию грозила опасность, в результате чего возникают аффективные реакции, такие как страх, ужас, беспомощность. Для диагностики этого расстройства необходимо проявление трех или более диссоциативных симптомов, выраженное избегание, беспокойство или симптомы возбуждения.

Депрессия диагностируется от двух и более недель с момента травмирующего 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 такими симптомами, как бессонница и вялость. Часто возникают переживания о своей ненужности, никчемности и суицидальные мысли.

В ситуации с массовыми жертвами симптомы, связанные с лишениями, утратами, должны рассматриваться отдельно от потенциального диагноза, а лечение следует соотносить с проблемой переживания горя, если индивид потерял близких родственников и друзей.

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.

Людам, страдающим GAD, трудно контролировать свою тревожность. Они проявляют следующие симптомы: суетливость, утомляемость, ослабление концентрации внимания, раздражительность, мускульную зажатость, нарушения сна. Для постановки диагноза для детей достаточно проявления 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 серьёзное 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 алкоголем, наркотиками и состояние зависимости. Психотерапевты, клиницисты, 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: 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.

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. 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 и биологических компонентов при совершении террористических актов. Это явление часто обозначается как «психическое заражение», или «социальная передача» симптомов. 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.

9.5. 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 реагирования.

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.

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 серьёзно пострадали в эпицентре катастрофического события.
- Их семьи, близкие друзья и знакомые.
- 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.

Выделенные категории достаточно условны, поэтому некоторые люди могут попадать более чем в 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.

Вопросы для самопроверки

1. Раскройте суть понятия «жертва террористического акта».
2. Опишите этапы взаимодействия террористов с заложниками.
3. Перечислите психологические черты разных типов жертв террора.

4. Опишите специфические психопатологические феномены заложников.

5. Опишите структуру общения между заложниками террористов.

6. «Стокгольмский синдром»: раскройте главные характеристики феномена.

7. Перечислите основные признаки, характерные для освобожденных заложников.

8. Перечислите и охарактеризуйте основные синдромы, свойственные лицам, перенесшим последствия террористического акта.

Литература

1. Малкина-Пых И. Г. Виктимология. Психология поведения жертвы. М., 2010.

2. Почебут Л. Г. Социальная психология толпы. СПб.: СПбГУ, 2004.

3. Пуховский Н. Н. Психопатологические последствия чрезвычайных ситуаций. М.: Академический проект, 2000.

4. Христенко В. Е. Психология поведения жертвы. Ростов- н/Д.: Феникс, 2004.

5. Щербакова Л. Ю. Виктимологический аспект преступности: современная теория и практика: дис. ... канд. юрид. наук: СПб., 2005