

КРИЗИСНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Р. ФЛЭННЕРИ,
ДЖ. ЭВЕРЛИ*

Ниже представлены позиции авторов, пожалуй, одной из самых распространенных в наше время моделей психологической помощи людям, пережившим кризисное событие, – так называемого многокомпонентного подхода к кризисному вмешательству. В статье рассматриваются основные понятия и принципы кризисной интервенции, приводятся свидетельства возрастающих возможностей превентивного и коррекционного воздействия. Подчеркивается необходимость исследований по оценке эффективности программ кризисного вмешательства.

Рождение и развитие сферы профессионального кризисного вмешательства обусловлено наличием феномена психологического кризиса. Поэтому вполне естественно начать эту статью с попытки определить, что же такое психологический кризис.

Природа кризиса

Кризис возникает, когда стрессогенное событие превосходит возможности человека, позволяющие ему справиться с возникшей угрозой (Auerbach & Kilmann, 1997; Everly & Mitchell, 1999; Raphael, 1986; Sandoval, 1985; Schwartz, 1971; Wollman, 1993). Точнее, кризис может рассматриваться как форма реагирования, при которой: 1) нарушается психологическое равновесие, 2) привычные механизмы совладания не в состоянии его восстановить, 3) вызванный кризисом дистресс приводит к нарушению жизнедеятельности (Caplan, 1961, 1964; Everly & Mitchell,

* Crisis Intervention: A Review: Raymond B. Flannery, Jr., Ph.D. and George S. Everly, Jr., Ph.D. International Journal of Emergency Mental Health, 2000, 2(2), 119-125, а также: G.S. Everly. Five Principles of Crisis Intervention: Reducing the Risk of Premature Crisis Intervention. International Journal of Emergency Mental Health, 2000, 2(1), 1-4. Резюме двух статей в переводе с англ. **Н.Ю. Федунинной**.

1999). Если кризис – это реакция, то какое же понятие описывает стрессовое событие? Термин *критическое событие* (critical incident) нередко смешивают с термином «кризис». В отличие от последнего, термин «критическое событие» относится к любому стрессовому событию, способному привести к кризисной реакции. То есть критическое событие может быть определено как стимул, подготавливающий почву для развития кризиса.

Особое значение имеют экстремальные по своей силе критические события, будь то стихийные бедствия или акты насилия, у истоков которого стоит человек (*PTSD; American Psychiatric Association, 1994; Everly & Lating, 1995; Flannery, 1994, 1995*). Кризис может возникать, когда человек сталкивается с угрозой для своей жизни, здоровья, физической целостности, а также если ему случается стать свидетелем, на глазах которого трагические события происходят с другими (*American Psychiatric Association, 1994*). Иногда к кризису могут привести противоречия, затрагивающие глубинные убеждения и ценностные представления человека (*Everly & Lating, 1995*).

Жертвы травматических событий нередко испытывают нарушения в отношениях с окружающими людьми, в чувстве привязанности к близким, в понимании смысла жизни (*Butcher, 1980; Flannery, 1994; Raphael, 1986; Sandoval, 1985; Wollman, 1993*). Многие страдают от таких симптомов, как повышенная бдительность, нарушения сна, навязчивые воспоминания, стремление отрешиться от житейской повседневности (*Butcher, 1980; Flannery, 1994, 1998; Mitchell & Everly, 1996*). Воздействие травмы может быть столь глубоким, что без надлежащего лечения ее влияние способно давать о себе знать до самой смерти.

Кризисное вмешательство: определение

Кризисное вмешательство зарекомендовало себя как эффективная помощь в условиях самых разных чрезвычайных событий, особенно при сильных стрессорах, могущих повлечь за собой психологическую травму (*Everly, Flannery, Mitchell, 2000; Everly, Mitchell, 1999*). *Кризисное вмешательство* определяется как экстренная психологическая помощь пострадавшим, способствующая их возвращению к адаптивному уровню функционирования, а также предотвращению или смягчению возможного негативного влияния психологической травмы (*Everly & Mitchell, 1999*). Методология кризисного вмешательства восходит к широко известной работе Э.Линдемманна (1944), посвященной исследованию переживания горя. Немалая роль в ее разработке принадлежит также Кардинеру и Шпигелю (1947), которые акцентировали три базисных принципа кри-

зисного вмешательства: незамедлительность, близость к месту происшествия и ориентация на то (позитивные ожидания), что пострадавший вернется к нормальной жизнедеятельности. Столь же важной следует признать предложенную Джеральдом Капланом фокусировку (1964) на общественных здравоохранительных программах, где различаются первичная и вторичная профилактика.

Таким образом, интервенция рассматривается как естественное следствие природы проблемы, и самый термин «кризисное вмешательство» должен идти рука об руку с пониманием термина «кризис». В соответствии с определением Каплана (1961, 1964), понятие *кризисное вмешательство* может выступать аналогом *экстренного психологического вмешательства*. Помимо незамедлительности, близости к месту трагедии и позитивных ожиданий, его также должна характеризовать краткость. *Целями* кризисного вмешательства являются стабилизация (купирование развития дистресса), смягчение острых признаков и симптомов дистресса и восстановление независимого адаптивного функционирования, или подготовка к терапии.

Кризисное вмешательство: базисные принципы

Хотя единая модель кризисного вмешательства, по общему признанию, пока отсутствует, согласие относительно его базовых принципов все же существует (*Butcher, 1980; Everly & Mitchell, 1999; Flannery, 1998; Raphael, 1986; Robinson & Mitchell, 1995; Sandoval, 1985; Wollman, 1993*). К таковым, включая уже упоминавшиеся выше, относятся:

1. Незамедлительность вмешательства. Кризис, по определению, представляет собой эмоционально опасную ситуацию, чреватую риском неадаптивного поведения (в форме неадаптивного действия или бездействия). В связи с этим скорость, с которой специалисты в сфере экстренной психологической помощи появляются на месте событий и приступают к делу, может оказаться критическим фактором.

2. Стабилизация. Одна из первоочередных целей экстренной помощи – активная мобилизация существующих ресурсов и социальных систем поддержки, которые бы помогли восстановить определенный порядок и привычный уклад жизни на месте событий. Эти действия обеспечивают те предпосылки, которые необходимы для возвращения пострадавших к независимому функционированию.

3. Фасилитация понимания. Еще один важный шаг в восстановлении докризисного уровня функционирования – помощь жертвам критического события в осмыслении происшедшего. Это достигается посредством сбора информации о событии, выслушиванием рассказов пострадавших

давших, помощью, оказываемой им в выражении тяжелых эмоциональных состояний и пр.

4. Фокусировка на решении проблем. Одна из важнейших стратегических задач при кризисном вмешательстве – помощь пострадавшему в использовании доступных средств и ресурсов, способствующих восстановлению чувства контроля и разрешению возникших проблем, что повышает чувство компетентности и способность к независимому функционированию.

5. Восстановление уверенности в себе. Как и в случае активного решения возникающих жизненных задач, акцент на восстановлении уверенности в себе выступает существенным вспомогательным средством, содействующим возвращению к независимому функционированию и совладанию с последствиями травматического события. Пострадавшему может потребоваться помощь в оценке возникших проблем, в выработке стратегий их решения, а также в овладении стратегиями, которые позволяют восстановить утраченное равновесие.

* * *

Очевидно, что существуют люди, обладающие естественной устойчивостью к сильному стрессу. Более того, даже в случае травматизации многие обнаруживают в себе некие естественные механизмы, достаточные для того, чтобы обойтись без внешней психологической помощи.

Не все признаки и симптомы острого стресса патогномичны. Важно уметь различать, какие признаки и симптомы являются предвестниками ПТСР, а какие нет. Дж.Эверли описал эти предвестники в одной из своих статей (Everly, 1999), отмечая, что острые реакции (борьбы/бегства), соответствующие тому, что Кеннон (Cannon, 1932 – цит. по: Everly, 1999) назвал «*мудростью тела*», с меньшей вероятностью служат знаками посттравматических расстройств, сравнительно с другими признаками, не соответствующими этим классическим реакциям.

Кризисное вмешательство должно отвечать индивидуальным потребностям человека. Выдающийся врач сэр Уильям Ослер однажды сказал: «Когда мы имеем дело с серьезной болезнью, возможно, гораздо важнее понять, что за человек ею болеет, нежели что это за болезнь, охватившая человека». По аналогии с этим высказыванием, в ситуации кризисного вмешательства самым важным моментом также является сам человек и его индивидуальные реакции на кризис. У одних людей преобладает когнитивная переработка, у других – эмоциональная. Для первых важна эмоциональная дистанция, необходимая информация, помощь в решении проблем и восстановлении контроля, тогда как вторые наиболее восприимчивы к катарсической «вентиляции чувств» и эмпатической поддержке.

Выбор наилучших стратегий и тактик кризисного вмешательства возможен также лишь с учетом характера критического события, особенностей пострадавшей группы населения и времени реализации интервенции. Последнее зависит, скорее, от психологической готовности, а не от того количества времени, которое реально прошло с момента критического события. Продуктивная модель, отражающая хронологию переживания кризиса, была предложена Фейбероу и Гордоном (*Faberow and Gordon, 1981*). Эти авторы описали четыре его фазы.

- 1) **героическая фаза** переживается непосредственно после начала катастрофы, заключаясь в усилиях по спасению жизни, своей и других, и защите собственности;
- 2) **фаза «медового месяца»** характеризуется признаками облегчения, благодарностью за спасение и оптимизмом;
- 3) **фаза «развенчания иллюзий»** может начаться уже через три-четыре недели после трагедии, будучи связанной с внезапно нахлынувшим осознанием всего ужаса происшедшего. Все беспощаднее гложет вопрос: «Почему это произошло?». В данный период человек может претерпевать смену религиозных убеждений. Здесь же начинается собственно процесс горевания. Рост и развитие, как индивидуальное, так и общественное, приостанавливается, замирает. Эта фаза может длиться недели, месяцы, даже годы. Иногда она так и не находит разрешения. Цель кризисного вмешательства на этой фазе – помочь пострадавшим перейти к фазе восстановления;
- 4) **фаза восстановления** знаменует возвращение к привычной жизни. Воспоминания о трагедии не стираются, но жизнь продолжается. Продолжается и развитие человека и общества.

Данная модель помогает понять, как человек реагирует на травматическое событие, какой путь он проходит, справляясь с травмой. Длительность каждой фазы в конкретных случаях может быть очень разной. Как бы то ни было, конечная цель кризисного вмешательства остается неизменной – способствовать переходу к фазе восстановления.

Кризисное вмешательство: факторы изменения

Хотя успешность кризисного вмешательства может быть связана с такими традиционными факторами, как групповая сплоченность, катарсис, имитация, информирование (*Yalom, 1985*), авторы, исследующие данную проблему, с поразительным единодушием выделяют три фактора как наиболее существенные: «вентиляцию» и отреагирование эмоций, качество социальной поддержки и адаптивное совладание (*Busutill et al., 1995*;

Everly & Mitchell, 1999; Flannery, 1998; Pennebaker, 1990, 1993, 1999; Raphael, 1986; Shalev, 1994; Tehrani & Westlake, 1994; Wollmann, 1993).

Способность человека выразить негативное эмоциональное воздействие, оказанное на него травматическим событием, рассматривается как важный шаг к выздоровлению. Возможность разделить с другим боль, ужас трагедии позволяет пострадавшему смягчить и продолжающиеся приступы страха, а также понять характер травматического воздействия и начать путь к независимому функционированию. Легко понять и значение социальной поддержки, которая приносит дружеское участие, обеспечивает не только необходимой информацией, но и практической помощью в ситуации, когда многое приходится начинать заново. Адаптивное совладание, третий наиболее вероятный фактор изменения, включает как когнитивные, так и поведенческие навыки, в которых особую роль играют сбор информации, когнитивная оценка ситуации, разумные ожидания в отношении предпринятых действий и результатов, а также приобретенные навыки.

Кризисное вмешательство: Управление Стрессом, обусловленным Критическим Событием

УСКС – относительно новое понятие в литературе, посвященной проблеме кризисного вмешательства. Оно появилось не более десяти лет назад (*CISM /Critical Incident Stress Management/; Everly & Mitchell, 1999; Flannery, 1999*). Это многокомпонентная система кризисного вмешательства, охватывающая все время кризиса – от интервенций на до-кризисной фазе, включая действия в острую фазу кризиса и вплоть до посткризисных вмешательств. Универсальность УСКС проявляется и в том, что оно предполагает самые разные форматы своего проведения: индивидуальный, групповой (малые и большие группы), семейный, организационный и работу с целыми сообществами. Согласно существующим в литературе описаниям (*Everly & Mitchell, 1999*) УСКС включает несколько ключевых элементов: 1) до-кризисную подготовку; 2) крупномасштабную мобилизацию специалистов, работающих в сфере безопасности и здравоохранения; 3) индивидуальную экстренную психологическую помощь; 4) краткие обсуждения в малых группах, призванные снизить остроту симптоматики у пострадавших и называемые *дефьюзингами*, а также более длительные встречи в малых группах – *дебрифингу* (*CISD /Critical Incident Stress Debriefing/; Mitchell & Everly, 1996*); 5) работу с семьей; 6) с организациями; 7) направление, в случае необходимости, за дополнительной психологической помощью и лечением (*Everly & Mitchell, 1999*). Многогранность структуры позволяет приспособить процедуры вмеша-

тельства к конкретным нуждам субъекта помощи, а также способствует формированию международного стандарта помощи пострадавшим.

Многочисленные вариации УСКС были приняты самыми разными организациями, в число которых входят Федеральное управление авиации и военно-воздушных сил США, береговая охрана и секретная служба США, Федеральное бюро расследования, шведская национальная полиция, ассоциация исландских спасателей, австралийские военно-морские силы, массачусетский департамент психического здоровья и др.

Кризисное вмешательство: результаты исследований

Единичное вмешательство

Оценка УСКС, исторически, начинается со специализированной оценки психологических дебрифингов, которые вычлняются из многоплановой системы УСКС в целом. В результате некоторых исследований (например, *Bisson, Jenkins at al.*, 1997; *Kenardy, Webster, Levin at al.*, 1996; *McFarlane*, 1988) выявлена лишь частичная эффективность (если не полное ее отсутствие) дебрифинга, однако эти исследования грешат серьезными методологическими просчетами. Так, в некоторых из них не ясными остаются тип дебрифинга и подготовка проводивших его специалистов, а инструментарий оценки эффективности и вовсе представляется неадекватным. В других – эффективность дебрифинга оценивалась по прошествии нескольких месяцев со времени его проведения без должного отслеживания вторичных травматических событий и ситуаций, с которыми могли столкнуться пострадавшие. Впрочем, как показало недавнее мета-аналитическое исследование (*Everly, Boyle and Lating*, 1999; *Everly, Boyle*, 1999; *Everly, Piacentini*, 1999; *Everly, Flannery & Eyler*, 2000.), при четком выборе модели вмешательства, адекватной подготовке специалистов, адекватных методах оценки эффективности, даже ограниченный круг действий по кризисному вмешательству оказывается эффективной помощью пострадавшим (*Bohl*, 1991; *Bordow, Porritt*, 1979; *Brom, Kleber and Hofman*, 1993; *Bunn, Clark*, 1979; *Chemtob, Tomas at al.*, 1997; *Flannery*, 1998; *Hokanson*, 1997; *Jenkins*, 1996; *Leeman-Conley*, 1996; *Nurmi*, 1999; *Raphael*, 1977; *Wee, Mills and Koehler*, 1999; *Western Management Consultants*, 1996). Необходимы дальнейшие грамотные и четкие исследования.

Многоплановые программы кризисного вмешательства

До сего времени не существует четкой договоренности о том, какие компоненты УСКС должны составлять минимальный стандарт любого многокомпонентного подхода, тем не менее, ряд примеров подтверждают универсальность этого метода. Эверли и Митчелл использовали клю-

чевые компоненты кризисного вмешательства в разработке всестороннего подхода в ситуации помощи жертвам природных и вызванных человеком катастроф, а также специалистам, работающим во время кризиса (Everly and Mitchell, 1999; Mitchell, Schiller at al., 1999). Эти подсистемы предполагают не только оказание поддержки пострадавшим и спасателям, но и выявление людей, которым помощь может понадобиться в дальнейшем (Everly, Mitchell, 1999).

Дж.Флэннери и коллеги адаптировали многоплановую программу кризисного вмешательства для помощи детям и взрослым в отделениях скорой помощи, приютах и пр. (Flannery, 1998; 1999; Everly, Mitchell, 1999). Эта модель включает индивидуальное кризисное консультирование, групповой дебрифинг, группы поддержки, семейное консультирование, а также диспетчерскую функцию. Модель использовалась для оказания помощи пострадавшим, способствуя значительному снижению неудовлетворенности и повышению продуктивности на рабочем месте, и, помимо прочего, послужила целям экономии, существенно снизив издержки на больничные листы, медицинские и правовые расходы.

М.Лиман-Конли (Leeman-Conley, 1996) разработала многокомпонентную модель для банковских служащих (группа риска вооруженных ограблений), которая включает до-кризисную подготовку, обучение менеджеров приемам поддержки служащих, индивидуальное кризисное вмешательство, групповой дебрифинг, долговременное консультирование. В итоге на 60% сократились больничные листы, а требования компенсации снизились на 68%. Н.Терани и коллеги (Tehrani, 1995) адресовали свою систему почтовым служащим. Эта модель обеспечивала необходимую помощь и поддержку служащим во время кризисных событий, включая в свою программу дебрифинги для менеджеров, индивидуальное кризисное консультирование для пострадавших и долговременное консультирование. А.Басаттил с коллегами (Busuttil et al., 1995) прибегли к многокомпонентному кризисному вмешательству после травмы и выявили его эффективность в снижении посттравматических стрессовых расстройств. Наконец, Д.Ричардс (Richards, 1999) показал значительно большую, сравнительно с дебрифингом, эффективность УСКС в снижении симптоматики у банковских служащих. Многоплановая программа кризисного вмешательства зарекомендовала себя как эффективное средство, снижающее связанные с кризисом острые проявления дистресса (Everly, Flannery and Mitchell, 1999; Flannery, Eyler, 2000). Однако в целом рандомизированные экспериментальные исследования, к сожалению, все еще редки.

Каждая из описанных программ демонстрирует широкие возможности в самых разных условиях и ситуациях. Гибкость модели позволяет

каждой антикризисной бригаде использовать разные формы вмешательства в зависимости от изменяющихся потребностей организации и типа кризисного события.

Кризисное вмешательство: его значение

Частота кризисных событий в наши дни такова, что вряд ли кто-то может чувствовать себя застрахованным от них. С той же очевидностью современные исследования показывают всю глубину человеческого страдания и боли, сопровождающих психологическую травму пострадавших, а нередко и тех, кто оказался просто свидетелем травматических событий. Таковы факты, настойчиво требующие превентивного и терапевтического вмешательства, проводимого подготовленными специалистами.

ЛИТЕРАТУРА

- American Psychiatric Association (1994).* The diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th Ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Auerbach S. & Kilmann P. (1997).* Crisis intervention: A review of outcome research. *Psychological Bulletin*, 84, 1189-1217.
- Bisson J., Jenkins P., Alexander J. & Bannister C. (1997).* Randomized controlled trial of psychological debriefing for victims of acute burn trauma. *British Journal of Psychiatry*, 171, 78-81.
- Bohl N. (1991).* The effectiveness of brief psychological interventions in police officers after critical incidents. In Reese J., Horn J., & Dunning C. (Eds.). *Critical incidents in policing*. Washington, DC: US Government Printing Office, 31-88.
- Bordow S. & Porritt D. (1979).* An experimental evaluation of crisis intervention. *Social Science and Medicine*, 13, 251-256.
- Brom D., Kleber R., & Hofman M. (1993).* Victims of traffic accidents: Incidence and prevention of Post-Traumatic Stress Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 49, 131-140.
- Bunn T.A. & Clarke A.M. (1979).* Crisis intervention: An experimental study of the effect of a brief period of counseling on the anxiety of relatives of seriously injured or ill hospital patients. *British Journal of Psychology*, 52, 191-195.
- Busuttil A., Turnbull G., Neal L., Rollins J., West A., Blanch N. & Herepath R. (1995).* Incorporating psychological debriefing techniques within a brief therapy programmer for the treatment of Posttraumatic Stress Disorder. *British Journal of Psychiatry*, 167, 495-502.
- Butcher J.N. (1980).* The role of crisis intervention in an airport disaster plan. *Aviation, Space, and Environmental Medicine*, 51, 1260-1262.
- Caplan G. (1961).* An approach to community mental health. New York: Grunne & Stratton.
- Caplan G. (1964).* Principles of preventive psychiatry. New York: Basic Books.

- Chemtob C., Tomas S., Law W. & Cremmiter D. (1997).* Post-disaster psychosocial intervention: A field study of the impact of debriefing on psychological distress. *American Journal of Psychiatry*, 154, 415-417.
- Everly Jr., G.S. & Boyle S. (1999).* Critical Incident Stress Debriefing (CISD): A meta-analytic review of effectiveness. *International Journal of Emergency Mental Health*, 1(3), 165-168.
- Everly Jr., G.S. & Lating J.T., Eds. (1995).* Psychotraumatology: Key papers and core concepts in post-traumatic stress. New York: Plenum.
- Everly Jr., G.S. & Mitchell J.T. (1999).* Critical Incident Stress Management (CISM): A new era and standard of care in crisis intervention (2nd Ed.). Ellicott City, MD: Chevron.
- Everly Jr., G.S. & Quatrano-Piacentini A. (1999, March).* The effects of CISD on trauma symptoms: A meta-analysis. Paper presented to the APA-NIOSH Conference on Work, Stress, and Health in a Global Economy, Baltimore, MD.
- Everly Jr., G.S., Boyle S. & Lating J. (1999).* The effectiveness of psychological debriefings in vicarious trauma: A meta-analysis. *Stress Medicine*, 15, 229-233.
- Everly Jr., G.S., Flannery Jr., R.B. & Eyler V. (2000, April).* Effectiveness of a comprehensive crisis intervention system: A meta-analysis. Invited paper presented to the Third International Conference, Psychological & Social Services in a Changing Society. Kuwait City, State of Kuwait.
- Everly Jr., G.S., Flannery Jr., R.B. & Mitchell J.T. (2000).* Critical Incident Stress Management: A review of literature. *Aggression and violent behavior: A review journal*, 5, 23-40.
- Flannery Jr., R.B. (1994).* Post-Traumatic Stress Disorder: The victim's guide to healing and recovery. New York: Crossroad Press.
- Flannery Jr., R.B. (1995).* Violence in the workplace. New York: Crossroad Press.
- Flannery Jr., R.B. (1998).* The Assaulted Staff Action Program: Coping with the psychological aftermath of violence. Ellicott City, MD: Chevron.
- Flannery Jr., R.B. (1999).* Critical Incident Stress Management and the Assaulted Staff Action Program. *International Journal of Emergency Mental Health*, 1(2), 103-108.
- Hokanson M. (1997, April).* Evaluation of the effectiveness of Critical Incident Stress Management Program for the Los Angeles County Fire Department. Paper presented at the Fourth World Congress on Stress, Trauma, and Coping in the Emergency Services Professions, Baltimore.
- Jacobson G., Strickler M., & Morley W. (1968).* Generi and individual approaches to crisis intervention. *American Journal of Public Health*, 58, 338-343.
- Jenkins S.R. (1996).* Social support and debriefing efficacy among emergency medical workers after a mass shooting incident. *Journal of Social Behavioral and Personality*, 11, 477-492.
- Kenardy J.A., Webster R.A., Levin T.J., Carr B.J., Hazell P. & Cater G.L. (1996).* Stress debriefing and patterns of recovery following a natural disaster. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 37-49.

- Leeman-Conley M. (1990)*. After a violent robbery. *Criminology Australia*, April/May, 4-6.
- Lindemann E. (1944)*. Symptomology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141-148.
- McFarlane A.C. (1988)*. The longitudinal course of posttraumatic morbidity: The range of outcomes and their predictors. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 30-39.
- Mitchell J.T. & Everly Jr., G.S. (1996)*. *Critical Incident Stress Debriefing (CISD): An operations manual for the prevention of traumatic stress among emergency services and disaster workers*. Ellicott City, MD: Chevron.
- Mitchell J.T., Schiller G., Eyer V.A. & Everly Jr., G.S. (1999)*. Community crisis intervention: The Coldenham tragedy revisited. *International Journal of Emergency Mental Health*, 1(4), 227-236.
- Nurmi L. (1999)*. The sinking of the Estonia: The effects of Critical Incident Stress Debriefing on rescuers. *International Journal of Emergency Mental Health*, 1(1), 23-32.
- Pennebaker J.W. (1990)*. *Opening up*. New York: Avon.
- Pennebaker J.W. (1993)*. Putting stress into words: Health, linguistic, and therapeutic implications. *Behaviour Research and Therapy*, 31 (6), 539-548.
- Pennebaker J.W. (1999)*. The effects of traumatic disclosure on physical and mental health. The value of writing and talking about upsetting events. *International Journal of Emergency Mental Health*, 1(1), 9-18.
- Raphael B. (1977)*. Preventive intervention with the recently bereaved. *Archives of General Psychiatry*, 34, 1450-1454.
- Raphael B. (1986)*. *When disaster strikes*. New York: Basic Books.
- Richards D. (1999, April)*. A field study of CISD vs. CISM. Paper presented to the Fifth World Congress on Stress, Trauma, and Coping in the Emergency Services Professions, Baltimore.
- Robinson R.C. & Mitchell J.T. (1995)*. Getting some balance back into the debriefing debate. *The Bulletin of the Australian Psychological Society*, 17, 5-10.
- Sandoval J. (1985)*. Crisis counseling: Conceptualizations and general principles. *School Psychology Review*, 14, 257-265.
- Schwartz S. (1971)*. A review of crisis intervention programs. *Psychiatric Quarterly*, 45, 498-508.
- Shalev A.Y. (1994)*. Debriefing following traumatic exposure. In Ursano R.J., McCoughey B.G. & Fullerton C.S. (Eds.). *Individual and community response to trauma and disaster: The structure of human chaos*. Cambridge: University Press, 201-219.
- Tehrani N. & Westlake R. (1994)*. Debriefing individuals affected by violence. *Counseling Psychology Quarterly*, 7, 251-259.
- Tehrani N. (1995)*. An integrated response to trauma in three post office businesses. *Work and Stress*, 9, 380-393.

Wee D.F., Mills D.M. & Koehler G. (1999). The effects of Critical Incident Stress Debriefing on emergency medical services personnel following the Los Angeles civil International Journal of Emergency Mental Health disturbance. International Journal of Emergency Mental Health, 1(1), 33-38.

Western Management Consultants (1996).

Wollman D. (1993). Critical Incident Stress Debriefing and crisis groups: A review of the literature. Group, 17, 70-83.

Yalom I. (1985). The theory and practice of group psychotherapy. (3rd Ed). New York: Basic Books.