

Психологические проблемы больных, получивших соматическую сочетанную и множественную соматическую травму в результате противоправных действий

Д. А. Захарченко*,
студентка факультета юридической психологии Московского городского психолого-педагогического университета

Е. Г. Дозорцева**,
доктор психологических наук, профессор, заведующая кафедрой юридической психологии факультета юридической психологии Московского городского психолого-педагогического университета, руководитель лаборатории психологии детского и подросткового возраста Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского Минздрава России

Рассматриваются связи между обстоятельствами получения больными сочетанной и множественной соматической травмы и их психологическими (главным образом эмоциональными) проблемами, а также уровнем агрессивности. Предполагалось, что больных, пострадавших в результате насилия, будет отличать более высокий уровень депрессивности, тревожности (как ситуативной, так и личностной) и агрессивности. Также была выдвинута гипотеза о связи атрибуции вины за происшедшее с указанными параметрами. Эмпирическое исследование проводилось на базе отделения сочетанной и множественной травмы НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского. В нем приняли участие мужчины, получившие травму в результате противоправных действий (20 человек, средний возраст – 38.4 лет), и мужчины, пострадавшие в результате неосторожности (20 человек, средний возраст – 36.1 лет). Был применен опросный метод с использованием следующих психодиагностических методик: опросник депрессивности Бека, шкала ситуативной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина, опросник агрессивности Басса-Перри. Применялись также методы беседы и анализа медицинской документации. Диагностика проводилась в индивидуальном порядке. В результате исследования выявлены специфические

* entahl@gmail.com

** edozortseva@mail.ru

особенности психологических реакций на происшедшее в зависимости от обстоятельств получения травмы, показана связь между атрибуцией вины и особенностями переживания травматических событий. В частности, больных, получивших травму в результате насилия, отличает более низкий уровень агрессивности. При этом больные, ставшие жертвами нападения и обвиняющие себя, являются значимо более агрессивными, чем больные, обвиняющие других; их также отличает большая интенсивность депрессивных переживаний.

Ключевые слова: сочетанная травма, множественная травма, жертвы преступления, депрессивность, тревожность, агрессивность, атрибуция вины.

Травмы являются одной из наиболее распространенных причин смертности населения Российской Федерации. Значительную долю летальных травм составляют сочетанные и множественные повреждения – они становятся причиной около 60 % смертей. Сочетанной травмой принято называть повреждение одним или более механическим травмирующим агентом в пределах двух и более анатомических областей тела человека, одно из которых обязательно является опасным для жизни. Под множественной травмой же понимается повреждение двух и более анатомических областей, одно из которых является тяжелым.

Кроме высокой летальности, подобные повреждения также отличает значительный риск инвалидизации. По данным различных авторов, около 25–40 % больных с сочетанными и множественными травмами сталкиваются со стойкой утратой трудоспособности. Учитывая, что основной контингент пострадавших – лица трудоспособного возраста (средний возраст – 38,5 лет), сочетанные и множественные травмы имеют чрезвычайно важное социальное значение.

Тяжесть подобного рода травм обуславливает длительность и тяжесть лечебного процесса. По данным В.А. Соколова [6], средняя продолжительность только стационарного лечения составляет около месяца, затем необходима длительная реабилитация. Что касается тяжести лечебного процесса, по данным М. Moha и соавт. [11], необходимо упомянуть о болезненности ряда процедур, частой необходимости хирургического лечения, беспомощности пациента, его практически полной зависимости от медицинского персонала. Кроме того, травматическое событие, как правило, происходит неожиданно и нередко

оказывает влияние не только на самого больного, но и на его родных, в том числе приводя к их смерти. Также велик риск инвалидизации и стойких изменений во внешности пострадавшего. Перечисленные факторы, как считают указанные авторы, серьезно влияют на психологическое состояние пациента. S. Islam и соавт. [7] отмечают, что на психологическое состояние больных с повреждениями лица также значительное влияние оказывает атрибуция вины за происшедшее. Этот фактор особенно значим в случаях, когда травмы получены в результате противоправных действий. В.А. Соколов [6] пишет, что в последние годы количество полученных подобным образом сочетанных и множественных травм резко увеличилось.

На данный момент исследования, проводимые в нашей стране относительно процесса переживания больными сочетанной и множественной соматической травмы, освещают проблему в медицинском, психиатрическом аспектах [1–5]. При этом вне поля зрения здесь оказываются психологические проявления, связанные с травмой, и, в том числе, с обстоятельствами ее получения.

Зарубежные исследования более многосторонни. Имеется достаточное количество публикаций, посвященных психологическим проблемам больных с политравмой. Разрабатываются вопросы, связанные с обстоятельствами получения травмы. Например, P. MacBrearty [10] отмечает, что для жертв преступлений свойственна концентрация на 4 темах: вина, страх, увечья и изменения в образе жизни. Последние две темы, впрочем, чрезвычайно актуальны для большей части больных с политравмой. Темы же страха и вины являются специфическими. У пострадавших в результате противоправных

действий, как правило, существует страх повторного нападения, нередко небезосновательный. Он особенно выражен в случаях, когда данный человек был заранее выбранной жертвой, а мотивы нападавших остались неясными. Тема вины реализуется в активном обвинении в происшедшем больным либо себя, либо других людей. Исследуя больных с травмами лица, S. Islam и соавт. [7] пришли к выводу, что обвиняющие себя пациенты более склонны к тревожным и депрессивным проявлениям. Особенно это актуально для тех, кто пострадал в результате противоправных действий.

Активно проблематику насильственных травм разрабатывают V.A. Johansen и соавт. По их данным, 44 % пострадавших в результате противоправных действий демонстрируют высокий уровень тревоги и депрессивности, при этом отсутствует связь между тяжестью повреждений и интенсивностью переживаний [9]. После нападения увеличивается также уровень агрессивности [8]: пострадавшие желают отомстить обидчикам за причиненные им страдания.

D.J. Stein и соавт. [12] выделяют проблему виктимности. По их данным, значительная часть больных, пострадавших в результате противоправных действий, имеет опыт насилия.

Нами было проведено собственное исследование, направленное на изучение специфических психологических (прежде всего эмоциональных) проблем больных, получивших сочетанную и множественную травму в результате противоправных действий. Работа проводилась на базе отделения сочетанной и множественной травмы НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского. В ней приняли участие 40 мужчин, не имеющих тяжелых черепно-мозговых травм, а также острых или хронических психических расстройств (отбор больных производился при помощи анализа медицинской документации). В основную группу вошли 20 человек, получивших повреждения в результате насильственных действий. Группу сравнения составили 20 человек, получивших травму по неосторожности.

Мы предположили, что больных, пострадавших в результате противоправных действий, отличает более высокий уровень депрессивности, тревожности (как личностной,

так и ситуативной) и агрессивности. Для исследования соответствующих показателей нами был применен опросный метод с использованием психодиагностических методик: опросник депрессивности Бека, шкала ситуативной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина, опросник агрессивности Басса-Перри. Для проверки достоверности различий между полученными с помощью вышеперечисленных методик показателями в группах использовался *U*-критерий Манна-Уитни. При этом мы ожидали, что атрибуция вины тесно связана с процессом переживания. Для получения не только количественных, но и качественных характеристик состояния больных применялся метод полуструктурированного интервью.

При сопоставлении результатов, полученных в результате применения опросника депрессивности Бека (табл. 1), значимых различий не обнаруживается. При этом мы сравнили баллы, полученные отдельно по когнитивно-аффективной шкале опросника, так как, по нашему мнению, баллы по шкале соматических проявлений могли быть набраны в результате влияния травмы и существенно повлиять на общий результат. Однако значимых различий не было выявлено и в этом случае – средний балл по когнитивно-аффективной шкале в основной группе составил 5.3, в группе сравнения – 6.1.

Показатели личностной и ситуативной тревожности (см. табл. 1) также не различаются в обеих группах.

При сравнении показателей агрессивности в двух группах (см. табл. 1) обнаруживаются статистически значимые различия. Из этого следует, что больных, получивших травму в результате противоправных действий, отличает более низкий уровень агрессивности в сравнении с пострадавшими по неосторожности. Необходимо отметить, что показатели в основной группе также являются менее сбалансированными. Возможно, это связано с родом противоправных действий, в результате которых страдают больные: получившие повреждения в драке, по нашим наблюдениям, чаще демонстрируют высокий уровень агрессивности; жертвы случайного нападения, наоборот, низкий.

Таблица 1

Показатели эмоциональной сферы и агрессивности у больных, получивших сочетанную и множественную травму

Шкалы	Жертвы преступлений (N= 20)	Получившие травму по неосторожности (N = 20)	Уровень значимости различий (критерий Манна-Уитни)
Депрессия	10.1	10.8	0.978
Личностная тревожность	35.9	36.9	0.682
Ситуативная тревожность	38.6	39.8	0.807
Агрессивность	42.9	56.0	0.004

Для исследования атрибуции вины мы условно разделили больных на три группы: 1) обвиняющие себя; 2) обвиняющие других людей; 3) обвиняющие обстоятельства или Бога.

В основной группе себя обвиняли 5 человек, других людей – 14, обстоятельства или Бога обвинял 1 человек.

В группе сравнения себя считали виноватыми 11 человек, других людей – 3, обстоятельства или Бога – 6.

Мы сравнили показатели депрессивности, тревожности и агрессивности в основной

группе в связи с атрибуцией вины (табл. 2). Нами были рассмотрены варианты обвинения себя и других как противоположные. Значимые различия обнаруживаются среди показателей по когнитивно-аффективной шкале опросника депрессивности Бека и агрессивности. Также обнаруживаются различия при сравнении результатов по шкалам физической агрессии и гнева опросника агрессивности Басса-Перри (табл. 3) – обвиняющих себя больных отличают более высокие баллы в обоих случаях.

Таблица 2

Связь показателей эмоциональной сферы и агрессивности с атрибуцией вины среди жертв преступлений, получивших сочетанную и множественную травму

Шкалы	Винят себя (N = 5)	Винят других людей (N = 14)	Уровень значимости различий (критерий Манна-Уитни)
Депрессия	13.6	8.7	0.208
Личностная тревожность	39.4	34.5	0.610
Ситуативная тревожность	42.8	38.1	0.228
Агрессивность	57.8	38.2	0.030

Таблица 3

Показатели по шкалам агрессивности в связи с атрибуцией вины среди жертв преступлений, получивших сочетанную и множественную соматическую травму

Шкалы	Винят себя (N = 5)	Винят других людей (N = 14)	Уровень значимости различий (критерий Манна-Уитни)
Физическая агрессия	13.6	8.7	0.029
Гнев	39.4	34.5	0.040
Враждебность	42.8	38.1	0.210

Таким образом, можно сделать вывод, что связь между депрессивностью и тревожностью (как ситуативной, так и личностной) и обстоятельствами получения сочетанной и множественной травмы отсутствует. При этом обстоятельства получения травмы тесно связаны с агрессивностью, однако результаты получились парадоксальными и противоположными нашим ожиданиям: *больных, получивших травму в результате противоправных действий, отличает, в среднем, более низкий уровень агрессивности.* При этом показатели являются менее сбалансированными, чем в группе получивших травму по неосторожности. Атрибуция вины за происшедшее также связана с процессом переживания. В частности, обвиняющих себя больных, получивших травму вследствие насилия, отличает более высокий уровень депрессивности (по когнитивно-аффективной шкале опросника депрес-

сивности Бека) и агрессивности (особенно по шкалам физической агрессии и гнева опросника агрессивности Басса-Перри). Возможно, описанное явление связано со спецификой самообвинения у пациентов, получивших травму в результате противоправных действий. Обвиняя себя, они выражали сожаление относительно того, что не смогли оказать должное сопротивление. По сути, виноватым в происшедшем становится тот, кто оказался слабее. Не исключено, что это связано со специфическим значением физической силы в системе ценностей данной категории больных. Пребывание в роли слабого при ценности силы могло провоцировать у них депрессивные переживания. Данная гипотеза, несомненно, требует проверки на большем количестве экспериментального материала и помогает определить дальнейшее направление исследований по обозначенной проблематике.

Литература

1. Бондаренко А.В., Ашкинадзе А.В. Психические расстройства и их коррекция в медицинской реабилитации пациентов с политравмами // Травматология и ортопедия России. 2005. № 1(34).
2. Захарова Н.М., Гапеев Д.В. Психотерапия пациентов с реакциями на тяжелый стресс и нарушениями адаптации в условиях стационара // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2011. № 2.
3. Зубарева О.В. Клинические особенности психических расстройств при стрессе, вызванном травмой опорно-двигательного аппарата, и роль психотерапии в их лечении: Автореф. ... дисс. канд. мед. наук. М., 2006.
4. Краля О.В. Клиническая типология, реабилитация и психопрофилактика нозогенных пограничных психических расстройств у лиц с сочетанной травмой: Автореф. ... дисс. канд. мед. наук. Томск, 2009.
5. Лукутина А.И. Психические нарушения у пациентов с травмой опорно-двигательного аппарата: Автореф. ... дисс. канд. мед. наук. М., 2008.
6. Соколов В.А. Множественные и сочетанные травмы. Практическое руководство для врачей-травматологов. М., 2006.
7. Islam S., Cole J.L., Walton G.M., Dinan T.G., Hoffman G.R. Does attribution of blame influence psychological outcomes in facial trauma victims? // Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. 2012. Mar; № 70(3).
8. Johansen V.A., Wahl A.K., Weisaeth L. Assaulted victims of nondomestic violence in Norway - injury, crime characteristics and emotions during the assault // Scandinavian Journal of Caring Science. 2008. Sep; № 22(3).
9. Johansen V.A., Wahl A.K., Eilertsen D.E., Hanestad B.R., Weisaeth L. Acute psychological reactions in assault victims of non-domestic violence: peritraumatic dissociation, post-traumatic stress disorder, anxiety and depression // Nordic Journal of Psychiatry. 2006. № 60(6).
10. McBrearty P. The lived experience of victims of crime // International Emergency Nursing. 2011. Jan; № 19(1).
11. Mohta M., Sethi A.K., Tyagi A., Mohta A. Psychological care in trauma patients // Injury. 2003. Jan; № 34(1).
12. Stein D.J., Boshoff D., Abrahams H., Daniels F., Traut A., Traut A., de 1. Bruyn J. H., van der Spuy J. Patients presenting with fresh trauma after interpersonal violence. Part II. Assault history // South African Medical Journal. 1997. Aug; № 87(8).

Psychological problems of patients with combined and multiple physical injuries as a result of illegal actions

D. A. Zakharchenko,

Zakharchenko Darya Aleksandrovna, Student, Department of Legal Psychology, Moscow State University of Psychology and Education

E. G. Dozortseva,

Doctor of Psychology, Professor, Head of Chair of Legal Psychology, Department of Legal Psychology, Moscow State University of Psychology and Education, Head of Laboratory of Child and Adolescent Psychology, V.P. Serbskiy State Research Center of Social and Forensic Psychiatry Ministry of Public Health and Social Development of Russian Federation

The article deals with the connection between circumstances of receiving combined and multiple physical injuries, and patients' psychological (mostly emotional) problems and level of aggressiveness. We assumed that victims of violence have higher level of depression, anxiety (both situational and personal),

and aggressiveness. Also, we hypothesized that they are linked to the attribution of guilt for the injury. An empirical study to test these hypotheses was hosted by the Department of combined and multiple injuries, N.V. Sklifosovsky Institute of Emergency Care. The study involved men injured as a result of illegal actions (N = 20, mean age 38.4 years), and men injured by inadvertency (N = 20, mean age 36.1 years). To assess the emotional indicators, we used Beck Depression Inventory, Spielberger – Hanin State-Trait Anxiety Inventory, Buss-Perry Aggression Questionnaire. We also used discussion method and analysis of medical records. The diagnostics was made on an individual basis. The study identified specific characteristics of psychological reactions to what had happened depending on injury circumstances. We show the relationship between attribution of guilt and features of experience the traumatic events. In particular, patients injured because of violence, show lower levels of aggression. Victims of violence who blamed themselves are significantly more aggressive than those who accuse others, they also show higher intensity of depressive feelings.

Keywords: concomitant injury, multiple trauma, victims of crime, depression, anxiety, aggression, attribution of guilt.

References

1. Bondarenko A. V., Ashkinadze A. V. Psichicheskie rasstrojstva i ih korrekcija v medicinskoj rehabilitacii pacientov s politravmami // *Travmatologija i ortopedija Rossii*. 2005. № 1(34).
2. Zaharova N.M., Gapeenko D.V. Psihoterapija pacientov s reakcijami na tjazhelyj stress i narushenijami adaptacii v uslovijah stacionara // *Nevrologija, nejropsihiatrija, psihosomatika*. 2011. № 2.
3. Zubareva O.V. Klinicheskie osobennosti psihicheskikh rasstrojstv pri stresse, vyzvanom travmoj oporno-dvigatel'nogo apparata, i rol' psihoterapii v ih lechenii: Avtoref. ... diss. kand. med. nauk. M., 2006.
4. Kralja O.V. Klinicheskaja tipologija, rehabilitacija i psihoprofilaktika nozogennyh pograniichnyh psihicheskikh rasstrojstv u lic s sochetannoju travmoj: Avtoref. ... diss. kand. med. nauk. Tomsk, 2009.
5. Lukutina A.I. Psichicheskie narushenija u pacientov s travmoj oporno-dvigatel'nogo apparata: Avtoref. ... diss. kand. med. nauk. M., 2008.
6. Sokolov V.A. Mnozhestvennyye i sochetannyye travmy. Prakticheskoe rukovodstvo dlja vrachej-travmatologov. M., 2006.
7. Islam S., Cole J.L., Walton G.M., Dinan T.G., Hoffman G.R. Does attribution of blame influence psychological outcomes in facial trauma victims? // *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2012. Mar; № 70(3).
8. Johansen V.A., Wahl A.K., Weisaeth L. Assaulted victims of nondomestic violence in Norway - injury, crime characteristics and emotions during the assault // *Scandinavian Journal of Caring Science*. 2008. Sep; № 22(3).
9. Johansen V.A., Wahl A.K., Eilertsen D.E., Hanestad B.R., Weisaeth L. Acute psychological reactions in assault victims of non-domestic violence: peritraumatic dissociation, post-traumatic stress disorder, anxiety and depression // *Nordic Journal of Psychiatry*. 2006. № 60(6).
10. McBrearty P. The lived experience of victims of crime // *International Emergency Nursing*. 2011. Jan; № 19(1).
11. Mohta M., Sethi A. K., Tyagi A., Mohta A. Psychological care in trauma patients // *Injury*. 2003. Jan; № 34(1).
12. Stein D. J., Boshoff D., Abrahams H., Daniels F., Traut A., Traut A., de 1. Bruyn J. H., van der Spuy J. Patients presenting with fresh trauma after interpersonal violence. Part II. Assault history // *South African Medical Journal*. 1997. Aug; № 87(8).