
Психологические реакции и предиспозиционные факторы у больных с сочетанной и множественной соматической травмой, пострадавших в результате противоправных действий

Захарченко Д.А., выпускница факультета юридической психологии Московского городского психолого-педагогического университета (entahl@gmail.com)

Дозорцева Е.Г., доктор психологических наук, профессор, заведующая кафедрой юридической психологии факультета юридической психологии Московского городского психолого-педагогического университета, руководитель лаборатории ФГУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» (edozortseva@mail.ru)

Статья посвящена рассмотрению связи между обстоятельствами получения больными сочетанной и множественной соматической травмы и их психологическими реакциями, а также предиспозиционными факторами. Была выдвинута гипотеза, что пострадавших в результате насилия больных будут отличать более высокий уровень депрессии и агрессивности, а также иные стратегии совладания. Кроме того, предполагалось наличие связи атрибуции вины за происшедшее с уровнем депрессии и агрессивности. Эмпирическое исследование, направленное на проверку этих гипотез, было проведено на базе отделения сочетанной и множественной травмы НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского. В исследовании приняли участие мужчины, получившие травму в результате противоправных действий (38 человек), и мужчины, пострадавшие в результате неосторожности (38 человек). В результате проведенного исследования выявлено, что больных, получивших травму в результате насилия, отличает в среднем более низкий уровень агрессивности. При этом пациенты, ставшие жертвами нападения и обвиняющие себя, являются более агрессивными, чем больные, обвиняющие других; их отличает большая интенсивность депрессивных переживаний. Также пациенты, ставшие жертвами, менее склонны к применению таких стратегий совладания, как конфронтация, положительная переоценка и поиск социальной поддержки.

Ключевые слова: сочетанная травма, множественная травма, жертвы преступления, депрессия, агрессивность, атрибуция вины, совладающее поведение.

Проблема сочетанных и множественных травм в настоящее время является актуальной для множества специалистов. Кроме того, что подобные повреждения обладают высокой летальностью, они имеют достаточно тяжёлые как соматические, так и психологические последствия для выживших пострадавших. Сложность повреждений обуславливает необходимость комплексного подхода в процессе лечения и реабилитации больных. Необходимо отметить, что эффективное лечение и реабилитация в случаях сочетанных и множественных травм имеют важное социальное значение, так как большинство пострадавших представляют собой мужчины трудоспособного возраста (средний возраст – 38,5 лет).

Участие психолога может быть полезным на всех этапах лечения. В острый период травмы, как правило, необходима работа с родственниками пострадавшего; после стабилизации соматического состояния становится актуальной работа с ним самим. Длительность и тяжесть лечебного и восстановительного процесса обеспечивают многообразие психологических реакций пациентов в их качественных и количественных проявлениях. Как указывает В.А. Соколов (2006), средняя продолжительность только стационарного лечения составляет около месяца, затем в большинстве случаев необходима длительная реабилитация. Столь длительное нахождение в лечебном учреждении, требующее перестройки привычного образа жизни, является источником стресса для многих пациентов. Также, по данным М. Mohta и соавт. (2003), необходимо упомянуть о болезненности ряда процедур, частой необходимости хирургического лечения, беспомощности пациента, его практически полной зависимости от медицинского персонала, высоком риске инвалидизации и стойких изменений во внешности. Кроме того, травматическое событие в большинстве случаев происходит неожиданно и нередко оказывает влияние не только на самого пациента, но и на его родных, в том числе и являясь причиной их смерти. Как сообщают S. Islam и соавт. (2012), на психологическое состояние больных с повреждениями лица также значительное влияние оказывает атрибуция вины за происшедшее. Особое значение данный фактор приобретает в случаях, когда травмы получены в результате противоправных действий. По данным В.А. Соколова (2006), в последние годы количество полученных подобным образом сочетанных и множественных травм резко увеличилось.

Существующие на данный момент исследования, проведённые в нашей стране относительно проблем больных с сочетанной и множественной соматической травмой, освещают проблему в большей степени в медицинском, психиатрическом аспекте (О.В. Краля, 2009; А.И. Лукутина, 2008; Зубарева О.В., 2006; А.В. Бондаренко и А.В. Ашкинадзе, 2005; Н.М. Захарова и Д.В. Гапеенко, 2011). При этом вне поля зрения исследователей оказываются психологические явления, связанные с травмой, и, в том числе, с обстоятельствами её получения.

Исследования, проведённые за рубежом, являются более многосторонними, затрагивая также и психологические аспекты сочетанных и множественных повреждений, в том числе и связанные с обстоятельствами травматизации. Так, Р. MacBrearty (2011) отмечает, что для жертв преступлений, получивших тяжёлые травмы, свойственна концентрация на 4 темах: вина, страх, увечья и изменения в образе жизни. Последние две темы, однако, являются чрезвычайно актуальными для большей части больных с сочетанными и множественными травмами вообще; темы же страха и вины являются специфическими. Кроме того, у пострадавших в результате противоправных действий нередко существует страх повторного

нападения, в ряде случаев не обосновательный. Тема вины реализуется в возложении ответственности за происшедшее больным либо на себя, либо на других людей. Исследуя пациентов с травмами лица и связь их психологического состояния с обстоятельствами, при которых данные травмы были получены, S. Islam и соавт. (2012) 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 депрессии, а связь между тяжестью повреждений и интенсивностью переживаний отсутствует (2008). Также после нападения наблюдается рост уровня агрессии (2006) - пострадавшие желают отомстить обидчикам за причинённые им страдания.

D.J. Stein и соавт. (1997) обозначают проблему виктимности – по их данным, значительная часть больных, пострадавших в результате противоправных действий, имеет опыт насилия.

Ранее нами было проведено собственное исследование, позволившее определить одно из направлений работы по изучению психологических предпосылок и последствий сочетанных и множественных травм, полученных в результате противоправных действий (Захарченко Д.А., Дозорцева Е.Г., 2012). Мы выяснили, что пациентов, получивших повреждения в результате нападения, отличает, в среднем, более низкий уровень агрессивности, чем у тех, кто пострадал в результате неосторожности. При этом жертвы криминальных ситуаций, обвиняющие себя в происшедшем, демонстрируют более интенсивные депрессивные переживания, чем те, кто считает виноватым другого человека.

Настоящее исследование направлено на изучение predispositional и реактивных психологических показателей у пациентов с сочетанной и множественной соматической травмой, пострадавших в результате противоправных действий. Для этого нами были исследованы 76 пациентов мужского пола, проходивших лечение в отделении сочетанной и множественной травмы НИИ СП им. Н.В. Склифосовского. Основную группу составили 38 человек, получивших повреждения в результате противоправных действий. В группу сравнения вошли 38 пациентов, пострадавших по неосторожности.

Мы предположили, что уровень агрессивности и применяемые стратегии совладающего поведения в двух группах будет различаться, а психологическое реагирование и состояние пострадавших в результате насилия будет связано с восприятием и смысловой переработкой мотивов лица, которое нанесло эти повреждения. Для проверки данных гипотез нами был применен опросный метод с использованием следующих методик: опросник депрессии Бека, опросник «Стратегии совладающего поведения» (инструкция методики была нами модифицирована для исследования стратегий совладания в конкретной ситуации травмы), личностный опросник агрессивности Басса-Перри, тест фрустрационной толерантности С. Розенцвейга. Для проверки достоверности различий между полученными с помощью вышеперечисленных методик показателями в группах использовался U-критерий Манна-Уитни, корреляционный анализ проводился с

помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Для получения не только количественных, но и качественных характеристик состояния пациентов применялся метод полуструктурированного интервью.

К predispositional факторам в данном исследовании мы относим, главным образом, агрессивность, а также употребление алкоголя. К реактивным проявлениям в нашем исследовании относятся депрессивные переживания. Стратегии совладающего поведения же реализуют как predispositional, так и реактивный компоненты; то же самое можно сказать и об атрибуции вины, отражающей как ответ на конкретную ситуацию, так и личностные свойства.

При сопоставлении результатов, полученных при применении опросника депрессии Бека (таблица 1), значимых различий не обнаруживается. Предполагая, что баллы могли быть набраны большей частью за счёт шкалы соматических проявлений и влияния на неё тяжёлого физического состояния ввиду травмы, мы сравнили баллы, полученные отдельно по когнитивно-аффективной шкале опросника. Однако значимых различий не было выявлено и в этом случае – средний балл по когнитивно-аффективной шкале в основной группе составил 6.6, в группе сравнения – 5.8.

Таблица 1.

Показатели депрессии у пациентов с сочетанной и множественной соматической травмой

Шкала	Основная группа (N=38)	Группа сравнения (N=38)	Уровень значимости различий (критерий Манна-Уитни)
Депрессия	11.4	9.9	0.301
Когнитивно-аффективная шкала	6.6	5.8	0.453
Шкала соматических проявлений	4.8	4.0	0.298

При сравнении показателей агрессивности в двух группах (таблица 2) обнаруживаются статистически значимые различия между показателями при $p < 0.001$. Анализируя значения по отдельным шкалам, мы обнаружили различия между показателями физической агрессии ($p < 0.001$) и гнева ($p < 0.001$). Между показателями враждебности различий обнаружено не было.

Таблица 2.

Показатели агрессивности у больных, получивших сочетанную и множественную травму

Шкала	Основная группа (N=38)	Группа сравнения (N=38)	Уровень значимости различий (критерий Манна-Уитни)
Агрессивность	44.3	57.7	0.0002
Физическая агрессия	10.4	16.5	0.0002
Гнев	10.4	15.9	0.0001
Враждебность	23.4	25.3	0.1487

Приводя результаты, полученные при применении опросника «Стратегии совладающего поведения», следует отметить, что данная методика была выполнена меньшим количеством испытуемых. Подробно результаты анализа представлены в таблице 3. Выявлено, что пациенты, пострадавшие в результате насилия, менее склонны к применению таких стратегий совладания, как конфронтация ($p < 0.05$), поиск социальной поддержки ($p < 0.01$) и положительная переоценка ($p < 0.05$). Также важно заметить, что применении стратегии поиска социальной поддержки у пациентов, пострадавших в результате противоправных действий, нередко затруднено в силу их неустойчивого социального статуса; пребывания на заработках вдали от семьи и нежелания её «беспокоить своими проблемами».

Таблица 3.

Стратегии совладающего поведения у больных, получивших сочетанную и множественную травму

Шкала	Основная группа (N=18)	Группа сравнения (N=18)	Уровень значимости различий (критерий Манна-Уитни)
Конфронтация	39.9	51.4	0.023
Дистанцирование	50.2	54.7	0.341
Самоконтроль	38.6	45.2	0.118
Поиск соц. поддержки	38.7	55.9	0.001

Принятие отве-ти	42.1	46.5	0.402
Бегство-избегание	44.8	51.7	0.098
Планирование решения проблемы	41.5	44.6	0.225
Положительная переоценка	41.6	53.5	0.020

Также нами был применён корреляционный анализ для изучения связей копинг-стратегий с показателями депрессии и агрессивности внутри группы пациентов, пострадавших в результате противоправных действий (таблица 4). В результате нами обнаружена статистически значимая отрицательная связь между показателями депрессии и конфронтации, а также средняя положительная связь между показателями агрессивности и дистанцирования, агрессивности и принятием ответственности, агрессивности и положительной переоценкой; физической агрессией и конфронтацией, гневом и принятием ответственности, враждебностью и дистанцированием, враждебностью и бегством-избеганием.

Таблица 4.

Стратегии совладающего поведения в связи с показателями депрессии и агрессивности у больных, получивших сочетанную и множественную соматическую травму в результате противоправных действий

Шкала	Конфронтация	Дистанцирование	Самоконтроль	Поиск соц. поддержки	Принятие ответственности	Бегство-избегание	Планирование решения проблемы	Положительная переоценка
Депрессия	-0.483*	0.179	-0.054	0.316	0.169	0.372	-0.125	0.266
Агрессивность	0.464	0.481*	0.340	0.105	0.576*	0.117	0.324	0.474*
Физическая агрессия	0.552*	0.317	0.384	0.042	0.342	-0.252	0.427	0.367
Гнев	0.192	0.223	0.255	0.051	0.537*	0.066	0.166	0.367
Враждебность	0.162	0.489*	0.011	0.377	0.291	0.551*	0.019	0.232

* - $p < 0,05$

Исследуя атрибуцию вины, мы разделили испытуемых на три группы: обвиняющие себя, обвиняющие других, обвиняющие Бога или обстоятельства. Результаты представлены в таблице 5. В большинстве случаев атрибуция вины соотносилась с общей направленностью фрустрационных реакций индивида (по тесту С. Розенцвейга).

Таблица 5.

Атрибуция вины у больных с сочетанной и множественной соматической травмой

	Основная группа (N=38)	Группа сравнения (N=38)
Винят себя	11	21
Винят других	23	3
Винят Бога или обстоятельства	4	15

Приняв обвинение себя и обвинение других за противоположные тенденции, мы провели анализ показателей депрессии и агрессии в связи с атрибуцией вины в группе пациентов, пострадавших в результате противоправных действий (см. таблицу 6). Обвиняющих себя пациенты, ставших жертвами насилия, отличает больший уровень депрессивных переживаний ($p < 0,05$) и агрессии ($p < 0,05$) (в частности, физической ($p < 0,01$)). Связи между атрибуцией вины и какими-либо копинг-стратегиями обнаружено не было.

Таблица 6.

Атрибуция вины и показатели депрессии и агрессивности у больных с сочетанной и множественной травмой, пострадавших в результате противоправных действий

Шкала	Обвиняющие себя (N=11)	Обвиняющие других (N=23)	Уровень значимости (критерий Манна-Уитни)
Депрессия	15.9	9.5	0.011
Агрессивность	54.6	41.0	0.034
Физическая агрессия	16.4	8.6	0.007
Гнев	12.4	9.8	0.326
Враждебность	25.9	22.7	0.106

В заключение мы проанализировали частоту наличия алкогольного опьянения у пациентов обеих групп (таблица 7) и выраженность депрессивных переживаний и агрессивности у пациентов из основной группы в связи с этим фактором (таблица 8). С помощью критерия Хи-квадрат нами было установлено, что наблюдаются значимые различия ($p < 0.05$) между частотой алкогольного опьянения в двух группах, а именно: пациенты, пострадавшие в результате нападения, чаще пребывали в такого рода состоянии (52.6%). Однако следует отметить, что и пациенты, пострадавшие в результате неосторожности, также нередко находились в состоянии алкогольного опьянения (34.2%).

Таблица 7.

Алкогольное опьянение у пациентов с сочетанной и множественной соматической травмой

	Основная группа (N=38)	Группа сравнения (N=38)
Пребывали в состоянии алкогольного опьянения	20	13
Не пребывали в состоянии алкогольного опьянения	18	25

Пациенты, на момент нападения пребывая в состоянии алкогольного опьянения. Демонстрируют различия по показателям агрессивности ($p < 0.05$), в частности, физической агрессии ($p < 0.05$) и гнева ($p < 0.05$).

Таблица 8.

Алкогольное опьянение у больных с сочетанной и множественной соматической травмой, пострадавших в результате противоправных действий

Шкала	Пребывавшие в состоянии алк. опьянения (N=20)	Без алк. опьянения (N=18)	Уровень значимости (критерий Манна-Уитни)
Депрессия	11.8	10.9	0.784
Агрессивность	48.8	39.2	0.013
Физическая агрессия	12.5	8.2	0.026
Гнев	12.2	8.4	0.011
Враждебность	24.2	22.6	0.654

Таким образом, суммируя изложенные ранее данные, возможно говорить о том, что пациентов с сочетанной и множественной соматической травмой, полученной в результате противоправных действий, отличает, в среднем, более

низкий уровень агрессивности, чем больных, пострадавших по неосторожности. Кроме того, пациенты, ставшие жертвами, менее склонны к применению таких стратегий совладания, как конфронтация, положительная переоценка и поиск социальной поддержки. Следует отметить, что более агрессивные пациенты из этой группы склонны к дистанцированию, принятию ответственности и положительной переоценке происшедшего. Разделяя компоненты агрессивности, можно сказать, что пациенты, обладающие высоким уровнем физической агрессии, чаще применяют конфронтацию. Более враждебные пациенты – бегство-избегание и дистанцирование. Пациенты, демонстрирующие высокий уровень гнева – принятие ответственности.

Показатели агрессивности и депрессии внутри группы пациентов, пострадавших в результате противоправных действий, связаны с атрибуцией вины и наличием алкогольного опьянения. Так, обвиняющие в происшедшем себя пациенты являются более агрессивными, а также демонстрируют более интенсивные депрессивные переживания. Пациенты, пребывавшие на момент нападения в состоянии алкогольного опьянения, также являются более агрессивными, чем те больные, которые в момент получения травмы были трезвы.

Используя полученные данные, мы сочли возможным выделить две группы среди пациентов, получивших сочетанную и множественную травму в результате противоправных действий. Первая – пострадавшие с низким уровнем агрессивности и экстернальным локусом контроля, умеренно употребляющие алкоголь или совсем не делающие этого. Вторая – лица с высоким уровнем агрессивности и интернальным локусом контроля, регулярно и в больших количествах употребляющие спиртные напитки. Лица, относящиеся к первой группе, как правило, становятся случайными жертвами. Относящиеся же ко второй – регулярно вступают в драки, нередко выступая в роли агрессора и оказываясь в стационаре лишь из-за ситуативного превосходства сил противника. Индивиды, входящие в группу риска, чаще всего имеют неустойчивый социальный статус. Многие из них не имеют социальной поддержки, так как, с их слов, не хотят «беспокоить семью», считая, что родные им всё равно не смогут помочь, только будут волноваться.

Учитывая то, что оба варианта относятся к виктимным личностям, виктимность должна рассматриваться как одна из важнейших мишеней психологической коррекции пациентов с сочетанной и множественной соматической травмой, полученной в результате противоправных действий. Такого рода помощь способна обеспечить как поддержку в процессе лечения, так и профилактику повторной травматизации.

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). С. 21-24.
2. *Захарова Н.М., Гапеенко Д.В.* Психотерапия пациентов с реакциями на тяжёлый стресс и нарушениями адаптации в условиях стационара // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2011. № 2. С. 60-65.

3. *Захарченко Д.А., Дозорцева Е.Г.* Психологические особенности и реакции больных, получивших сочетанную и множественную травму в результате противоправных действий // Коченовские чтения "Психология и право в современной России." Сборник тезисов участников Всероссийской конференции по юридической психологии с международным участием. М., 2012. С. 24-26.
4. *Зубарева О.В.* Клинические особенности психических расстройств при стрессе, вызванном травмой опорно-двигательного аппарата и роль психотерапии в их лечении: Дис. ...канд. мед. наук. М., 2006.
5. *Кралья О.В.* Клиническая типология, реабилитация и психопрофилактика нозогенных пограничных психических расстройств у лиц с сочетанной травмой : Дис. ...канд. мед. наук. Томск, 2009.
6. *Лукутина А.И.* Психические нарушения у пациентов с травмой опорно-двигательного аппарата: Дис. ...канд. мед. наук. М., 2008.
7. *Соколов В. А.* Множественные и сочетанные травмы. Практическое руководство для врачей-травматологов. М., 2006. 518 с.
8. *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? // Journ. of Oral and Maxillofacial Surgery. 2012. №70 (3). P. 593-598.
9. *Johansen V.A., Wahl A.K., Weisaeth L.* Assaulted victims of non-domestic violence in Norway - injury, crime characteristics and emotions during the assault // Scandinavian Journ. of Caring Science. 2008. №22 (3). P. 445-454.
10. *Johansen V.A., Wahl A.K., Eilertsen D.E., Weisaeth L.* Prevalence and predictors of post-traumatic stress disorder (PTSD) in physically injured victims of non-domestic violence. A longitudinal study // Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2007. №42 (7). P. 583-593.
11. *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 Journ. of Psychiatry. 2006. №60 (6). P. 452-462.
12. *McBrearty P.* The lived experience of victims of crime // International Emergency Nursing. 2011. №19 (1). P. 20-26.
13. *Mohta M., Sethi A. K., Tyagi A., Mohta A.* Psychological care in trauma patients // Injury. 2003. №34 (1). P. 17-25.
14. *Stein D.J., Boshoff D., Abrahams H., Daniels F., Traut A., Traut A., de Bruyn J.H., van der Spuy J.* Patients presenting with fresh trauma after interpersonal violence.

Part I. Alcohol and substance abuse // South African Medical Journ. 1997. № 87 (8). P. 996-998.

15. *Stein D.J., Boshoff D., Abrahams H., Daniels F., Traut A., Traut A., de Bruyn J.H., van der Spuy J.* Patients presenting with fresh trauma after interpersonal violence. Part II. Assault history. // South African Medical Journ. 1997. № 87 (8). P. 999-1000

Psychological reactions and predispositional factors in patients with concomitant and multiple somatic trauma suffered as a result of illegal actions

Zakharchenko D.A., Graduate Student, Department of Legal Psychology, MSUPE (entahl@gmail.com)

Dozortseva E.G., Doctor of Psychology, Professor, Head of Chair of Legal Psychology, Department of Legal Psychology, MSUPE, Head of the Laboratory of Psychology of Childhood and Adolescence, V.P. Serbskiy State Research Center of Social and Forensic Psychiatry, Russian Ministry of Health (edozortseva@mail.ru)

The article is devoted to the connection between the circumstances of getting multiple and concomitant somatic trauma and psychological reactions of the injured, as well as predispositional factors. We hypothesized that the victims of the violence will have a higher level of depression and aggression, as well as other type of coping strategies. In addition, we assumed a link between attribution of guilt for what has happened and the level of depression and aggression. An empirical study to test these hypotheses was conducted on the basis of Department of combined and multiple injuries, N.V. Sklifosofskiy Institute of Emergency Care. The study involved men injured as a result of illegal actions (N=38), and men suffered as a result of illegal action (N=38). The study revealed that patients who were injured because of violence, show an average lower level of aggressiveness. And patients who are victims of violence and blame themselves, are more aggressive than those who accuse others; the former show higher intensity of depressive feelings. Patients who are victims are less inclined to the use of coping strategies such as confrontation, positive reappraisal and search for social support.

Keywords: combined injuries, multiple trauma, victims of crime, depression, aggression, attribution of guilt, coping behavior.

References

1. *Bondarenko A.V., Ashkinadze A.V.* Psihicheskie rasstrojstva i ih korekcija v medicinskoj rehabilitacii pacientov s politravmami // *Travmatologija i ortopedija Rossii.* 2005. № 1 (34). S. 21–24.

-
2. *Zaharova N.M., Gapeenko D.V.* Psihoterapija pacientov s reakcijami na tjazholyj stress i narushenijami adaptacii v uslovijah stacionara // Nevrologija, nejropsihiatrija, psihosomatika. 2011. № 2. S. 60–65.
 3. *Zaharchenko D.A., Dozorceva E.G.* Psihologicheskie osobennosti i reakcii bol'nyh, poluchivshih sochetannuju i mnozhestvennuju travmu v rezul'tate protivopravnyh dejstvij // Kochenovskie chtenija «Psihologija i pravo v sovremennoj Rossii». Sbornik tezisov uchastnikov Vserossijskoj konferencii po juridicheskoj psihologii s mezhdunarodnym uchastiem. M., 2012. S. 24–26.
 4. *Zubareva O.V.* Klinicheskie osobennosti psihicheskikh rasstrojstv pri stresse, vyzyvannom travmoj oporno-dvigatel'nogo apparat, i rol' psihoterapii v ih lechenii: Diss. ...kand. med. nauk. M., 2006.
 5. *Kralja O.V.* Klinicheskaja tipologija, rehabilitacija i psihoprofilaktika nozogennyh pogranych psihicheskikh rasstrojstv u lic s sochetannoju travmoj : Diss. ...kand. med. nauk. Tomsk, 2009.
 6. *Lukutina A.I.* Psihicheskie narusheniya u pacientov s travmoj oporno-dvigatel'nogo apparata: Diss. ...kand. med. nauk. M., 2008.
 7. *Sokolov V.A.* Mnozhestvennye i sochetannye travmy. Prakticheskoe rukovodstvo dlja vrachej-travmatologov. M., 2006. 518 s. 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? // Journ. of Oral and Maxillofacial Surgery. 2012. № 70 (3). P. 593–598.
 8. *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? // Journ. of Oral and Maxillofacial Surgery. 2012. №70 (3). P. 593-598.
 9. *Johansen V.A., Wahl A.K., Weisaeth L.* Assaulted victims of nondomestic violence in Norway - injury, crime characteristics and emotions during the assault // Scandinavian Journ. of Caring Science. 2008. № 22 (3). P. 445–454.
 10. *Johansen V.A., Wahl A.K., Eilertsen D.E., Weisaeth L.* Prevalence and predictors of post-traumatic stress disorder (PTSD) in physically injured victims of non-domestic violence. A longitudinal study // Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2007. № 42 (7). P. 583–593.
 11. *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 Journ. of Psychiatry. 2006. № 60 (6). P. 452–462.

12. *McBrearty P.* The lived experience of victims of crime // *International Emergency Nursing*. 2011. № 19 (1). P. 20–26.
13. *Mohta M., Sethi A. K., Tyagi A., Mohta A.* Psychological care in trauma patients // *Injury*. 2003. № 34 (1). P. 17–25.
14. *Stein D.J., Boshoff D., Abrahams H., Daniels F., Traut A., Traut A., de Bruyn J.H., van der Spuy J.* Patients presenting with fresh trauma after interpersonal violence. Part I. Alcohol and substance abuse // *South African Medical Journ.* 1997. № 87 (8). P. 996–998.
15. *Stein D.J., Boshoff D., Abrahams H., Daniels F., Traut A., Traut A., de Bruyn J.H., van der Spuy J.* Patients presenting with fresh trauma after interpersonal violence. Part II. Assault history // *South African Medical Journ.* 1997. № 87 (8). P. 999–1000.