

Психическое состояние жертв преступлений, получивших ожоговую травму

*Захарченко Д.А., студентка факультета Юридической психологии
Московского городского психолого-педагогического университета, Москва*
*Научный руководитель – доктор психологических наук,
профессор Дозорцева Е.Г.*

По данным Минздравсоцразвития РФ ежегодно ожоговую травму получает более 700 тысяч человек. Термическая травма представляет значительную угрозу жизни и здоровью человека, а её лечение является длительным и болезненным, что является значительным стрессом для пациента. При этом важную роль могут играть обстоятельства, при которых была получена травма. В частности, более 85% пострадавших получают ожоговую травму в быту и более 10% – на производстве. В России отсутствует статистика по ожогам, полученным насильственным путём, однако в США доля подобных пациентов составляет 1,5-4,5% (Dorn и соавторы, 2001; Kaufman и соавторы, 2007; Varghese и соавторы, 2003), в Германии – 3,5% (Theodorou и соавторы, 2009), в Великобритании – 2,5% (Malic и соавторы, 2007). Важно отметить, что подобные данные собраны по отдельным учреждениям, а не по странам в целом.

Нами была поставлена цель выявить специфические особенности психического состояния жертв преступлений, получивших ожоговую травму. Сложность выполнения подобной работы связана, прежде всего, с небольшим количеством такого рода больных, что позволяет сделать лишь некоторые предположения о предмете исследования. Нами было проведено исследование состояния пациентов, находившихся на стационарном лечении в отделении острых термических поражений НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского. Основную группу составили три человека – Е., жен., 46 лет; Н., жен., 42 года и В., муж., 45 лет. Все они получили травму в результате противоправных действий. Е. и Н. имели повреждения относительно лёгкой

степени, в обоих случаях нанесённые знакомыми людьми – мужем и сожителем соответственно. Ожоги были нанесены кипятком. Травма В. является намного более тяжёлой, его поджёг неизвестный ему человек. В группу сравнения вошли больные, которые получили ожоги, схожие по глубине и площади с теми, которые получили пациенты из основной группы, но при иных обстоятельствах. Также учитывался возраст. Важным был факт отсутствия патологий в области психического здоровья.

Как показывают исследования, проведенные К.И. Шнайдер (2008) и А.А. Зениной (2009), для ожоговых больных в целом характерен высокий уровень как личностной, так и ситуативной тревожности, причем значения обоих показателей являются достаточно сбалансированными (по шкалам тревожности Спилбергера-Ханина). К.И. Шнайдер исследовала также уровень депрессии у ожоговых больных при помощи опросника депрессивности Бека (BDI). Средний балл составил 18,9, что говорит об умеренно выраженной депрессии. Мы предположили, что аналогичные тенденции будут характерны и для тех больных, которые получили ожоговую травму насильственным путем. В то же время мы ожидали наличия некоторых специфических характеристик их состояния, касающихся, в частности, процесса переживания травмы.

Для исследования психического состояния жертв преступлений, получивших ожоговую травму, нами были применены следующие методы: беседа, анализ медицинской документации, психодиагностические опросные методы (шкала ситуативной и личностной Спилбергера-Ханина, опросник депрессивности Бека (BDI)).

Обследование испытуемых из группы сравнения показало, что больные, получившие травму при обстоятельствах, отличных от противоправных, как правило, не пребывают в депрессии (средний балл по опроснику депрессивности Бека (BDI) – 8,17), а также имеют умеренный уровень тревожности (средние баллы по шкалам ситуативной и личностной тревожности соответственно – 32,5 и 31,67). При этом необходимо отметить, что больные в группе сравнения по соматическому состоянию находятся ближе

к Е. и Н., так как пациентов, близких по состоянию к В., нами найдено не было – подобные повреждения являются чрезвычайно тяжёлыми и встречаются нечасто.

В основной группе психодиагностические опросные методы были применены лишь в случаях Е. и Н. Они демонстрируют высокий уровень ситуативной тревожности, который, однако, заметно отличается от показателей личностной тревожности (56 и 27 баллов соответственно у Е. и 76 и 45 баллов – Н.). В ходе беседы больные также проявляли особую озабоченность собственным будущим, так как полученная травма требовала значительного изменения жизненных условий после выписки из стационара, потому что их травмы нанесены им мужем и сожителем. И Е., и Н. демонстрировали желание полного прекращения отношений с человеком, нанёсшим им травму. Немаловажно то, что повреждения в обоих случаях не носили опасности для внешнего вида пациенток и никаким образом не ограничивали возможности физического и социального функционирования, то есть последствия непосредственно травмы для дальнейшей жизни испытуемых были незначительными. Что касается депрессивных проявлений, больная Е. по результатам исследования с помощью опросника депрессивности Бека получила 5 баллов (отсутствие депрессии), а больная Н. – 40 баллов (тяжёлая депрессия). Следует также отметить, что Е. прежде не становилась жертвой насильственных действий, в то время как Н. смогла сообщить о множестве подобных эпизодов.

Что касается особенностей процесса переживания, то в беседе больные, получившие травму насильственным путём, чаще обращались к теме собственной роли в произошедшем с ними, винили себя. Особенно это было актуально для В., который не знал человека, нанесшего ему травму, а также его мотивов. При этом он часто спрашивал, почему с ним так поступили, чем он это заслужил. Не находя ответа, В. начинал винить себя ещё более активным образом.

Таким образом, жертвам преступлений, получившим ожоговую травму, свойственен высокий уровень тревоги, однако это касается в первую очередь тех, кто получил травму в результате действий хорошо знакомого или близкого им человека. При этом для жертв преступлений, получивших ожоговую травму в результате действий неизвестного им человека, свойственно повышенное внимание к причинам нанесения им травмы. Также стоит отметить, что для одной из обследованных нами больных характерна проблема виктимности.

Данные выводы позволяют составить более чёткие гипотезы для последующих исследований, требующих большего количества эмпирического материала для их проверки.

Список литература:

1. Смирнов С.В., Луковцева З.В., Борисов В.С., Шнайдер К.И. Некоторые приёмы психологической помощи ожоговым больным // Материалы 2 съезда комбустиологов России. М., 2008.
2. Dorn T.W., Still J.M., Law E., Still R. Assault by burning – a retrospective review with focus on legal outcomes // Journal of Burn Care & Rehabilitation. 2001. № 22 (9).
3. Kaufman M.S. Burns as a result of assault: associated risk factors, injury characteristics, and outcomes // Journal of Burn Care & Reseach. 2007. № 28 (1).
4. Malic C.C. Burns inflicted by self or by others – an 11 year snapshot // Burns. 2007. № 33 (1).
5. Theodorou P. Cologne burn centre experience with assault burn injuries // Burns. 2009. № 35 (8).
6. Varghese T.K. Adult assault as a mechanism of burn injury // Archives of Surgery. 1990. № 125 (2).