

**И.Э. Есауленко, А.В. Будневский, В.А. Куташов, О.В. Ульянова**  
**АНАЛИЗ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ**  
**ПРИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ**  
**ИНВАЛИДОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА,**  
**ПЕРЕНЕСШИХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВУЮ ТРАВМУ**

*ГБОУ ВПО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, кафедра психиатрии и неврологии ИДПО*

**Резюме.** Традиционно так сложилось, что исследования внутренней картины болезни (ВКБ) проводятся преимущественно в русле российской клинической психологии. Врач любой специальности, учитывающий ВКБ конкретного пациента, имеет возможность более полно раскрыть этиологию, патогенез, клинику заболевания и выбрать оптимальный алгоритм лечебно-диагностического комплекса, руководствуясь при этом особенностями личности больного. Совершенствование реабилитации и медико-социальной экспертизы пациентов, перенесших черепно-мозговую травму (ЧМТ) в молодом и трудоспособном возрасте, может быть достигнуто адекватным ведением данных больных не только в остром, но и в последующих периодах после перенесенной ЧМТ. При этом необходима правильная оценка клинического и реабилитационного прогноза с учетом патогенетических особенностей последствий травмы и субъективного (личностного) отношения человека к сложившейся ситуации. Изучение ВКБ при ЧМТ является значимой областью не только для медицинских работников и психологов, но и становится центральным звеном в анализе и понимании личностной проблематики больного неврологом, нейрохирургом, психиатром, реабилитологом. Крайне необходима целостная комплексная оценка ВКБ у лиц молодого возраста, перенесших ЧМТ, когда субъективная картина болезни начинает выступать в качестве увеличительного стекла, позволяющего заглянуть во внутренний мир пациента.

**Ключевые слова:** черепно-мозговая травма, инвалиды, инвалидность, внутренняя картина болезни, реабилитация, экспериментально-психологическое обследование.

**Актуальность.** Одной из важных медико-социальных проблем в мире является травматизм. Ведущее место в структуре травматизма по тяжести медико-социальных последствий в настоящее время принадлежит черепно-мозговым травмам (ЧМТ) и их последствиям. ЧМТ – сложная мультидисциплинарная (медицинская и социальная) проблема, являющаяся одной из наиболее значимых в здравоохранении. Это обусловлено следующими аспектами: 1) массовостью ее распространения (в среднем в мире 2 – 4 на 1000 населения в год); 2) чаще в дорожно-транспортное происшествие (ДТП) попадают дети, лица молодого и младшего среднего возраста; 3) высокой летальностью и инвалидизацией пострадавших; 4) тяжестью последствий со стойкой или временной утратой трудоспособности; 5) экономическим ущербом для семьи, общества и государства в целом; 6) преимущественными этиопатогенетическими факторами высокой антропогенности и техногенности ЧМТ в настоящее время [1, 2, 3, 4, 5, 6, 8].

Внутренняя картина болезни (ВКБ) – это совокупность представлений человека о своём заболевании, результат его творческой активности на пути осознания и понимания своей болезни [7]. Феномен ВКБ представляет собой один из самых разработанных в настоящее время в психосоматическом поле [4, 5, 6]. Примечателен тот факт, что данный феномен представляет собой оценку болезни и субъективного

здоровья самим больным, что может сформировать дальнейшее представление пациента о своём состоянии и ходе течения болезни. Динамика феномена зависит как от гендерных особенностей, возраста, тяжести болезни, её продолжительности, так и от характеристик самой личности, таких как, например, система ценностей и мотивов [7]. Коррекция позиции пациента по отношению к своей болезни психологическими методиками ведет к улучшению состояния, профилактике рецидивов, облегчению тяжести страданий, а также снятию тревоги [3, 4, 9, 10, 11].

Недостаточно говорить отдельно о субъективных жалобах и объективных симптомах болезни. Не лучше ли рассматривать внешнюю и внутреннюю картину болезни в едином комплексе?

Под внешней картиной болезни Р.А. Лурия понимал не только внешний вид больного со всеми многочисленными деталями, всегда имеющими важное значение для диагноза, потому что они дают те маленькие ниточки, за которые надо часто ухватиться, чтобы поставить диагноз – то, что старые врачи называли физиогномикой и умели так хорошо читать и расшифровывать. «Под внешней картиной болезни я разумею все то, что врачу удастся получить всеми доступными для него методами исследования, включая и тончайшие методы биохимического и инструментального анализа в самом широком смысле этого слова, а также все то, что можно описать и так или иначе зафиксировать графически, числами, кривыми, рентгенограммами и т.д. Внутренней же картиной болезни я называю все то, что испытывает и переживает больной, всю массу его ощущений, не только местных болезненных, но его общее самочувствие, самонаблюдение, его представления о своей болезни, о ее причинах, все то, что связано для больного с приходом его к врачу, – весь тот огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм. Такое представление о внутренней картине болезни, разумеется, далеко не адекватно обычному пониманию субъективных жалоб больного, только частично входящих в мою концепцию о внутреннем мире больного, изучать который возможно глубоко и детально я считаю необходимым и чрезвычайно плодотворным для диагноза. Отсюда совершенно очевидно, что такое исследование не может и не должно быть трафаретным, как это часто бывает при собирании анамнеза и субъективного статуса больного, а является сугубо индивидуальным изучением личности человека. Всю сумму этих ощущений, переживаний, настроений больного вместе с его собственными представлениями о своей болезни Гольдшейдер назвал аутопластической картиной болезни и относит сюда не только субъективные симптомы больного, но и ряд сведений о болезни, которыми располагает больной из прежнего своего знакомства с медициной, из литературы, из бесед с окружающими, из сравнения себя с аналогичными больными...» [7].

Травма, как причина смертности населения, занимает третье место в мире, уступая лишь сердечно-сосудистым и онкологическим заболеваниям. Однако среди детей, лиц молодого и младшего среднего возраста она оставляет своих “конкурентов”

далеко позади, превышая смертность вследствие сердечно-сосудистых заболеваний в 10, а рака – в 20 раз [2, 3, 9, 12, 14].

По данным статистики почти в 50% случаев причиной смерти вследствие травматизма являются повреждения головного мозга [1, 3, 7]. В России, по данным официального обзора состояния здоровья страны, травма как причина смерти вышла на второе место (15,8%), уступая в этом лидерство лишь сердечно-сосудистым заболеваниям. Задачи первичной профилактики травматизма вообще и ЧМТ в частности лежат вне предела медицины, тесно связаны с социальным устройством и развитием общества [6, 8, 9, 10, 11]. Больные с негативными последствиями ЧМТ длительное время, а зачастую и пожизненно, социально не адаптированы, имеют серьезные неврологические и психологические дисфункции.

Следует отметить, что медико-социальное освидетельствование пациентов с последствиями перенесенной нейротравмы имеет особое значение в силу важности не только медицинских, но социальных аспектов. В ряде случаев возникают трудности методологического характера, особенно когда в клинической структуре преобладает посттравматический нервно-психический или иной сложный дефект [4, 5, 6, 8, 12, 13, 14].

**Материал и методы исследования.** Исследование проводилось с 2014 по 2015 год в Филиале-бюро № 12 Федерального Государственного Учреждения «Главное Бюро Медико-социальной экспертизы по Воронежской области» Минтруда России. Исследование проходило по принципу целостности, который предполагает, что отдельные стороны психической организации инвалида не изолированы друг от друга, а проявляются целостно, в совокупности всех психических качеств личности, обусловлены мотивационными установками, зависимы от физического состояния [7].

В исследовании принимали участие, инвалиды с последствиями ЧМТ в количестве 40 человек в возрасте от 25 до 35 лет. Образовательный уровень испытуемых: среднее образование у 30%, средне-специальное образование у 50%, высшее образование – у 20%.

Выбор методов исследования обусловлен поставленными задачами врача-невролога и психолога. Для исследования чувственного отражения внутренней картины болезни (ВКБ) у инвалидов и оценки состояния использовалась клиническая беседа, в которой врач-невролог устанавливал контакт с больным. На этом этапе выяснялись установки, направленность личности, раскрывалось отношение пациента к болезни, оценка больным изменения самочувствия и работоспособности в процессе болезни. Определялись культурный уровень больного, образованность, круг интересов, потребности. На этом же этапе тщательно изучались медицинские документы больного (медицинская карта, результаты дополнительных обследований).

Второй этап исследования – психодиагностика. В исследовании использовали метод цветных выборов (МЦВ). МЦВ позволяет определить личностные особенности человека в конкретной ситуации, а так же характеризует эмоциональную реакцию и ситуативное состояние испытуемого. С помощью методики Дембо-Рубинштейн (в

модификации П.В. Яньшина с элементами клинической беседы) [14] мы исследовали не только самооценку испытуемых, но и сознание болезни, мотивационную направленность. Использовали следующие шкалы: «фон настроения», «эмоциональная устойчивость», «степень удовлетворенности собой» и «уровень оптимизма».

Особенности психодиагностики определялись условиями его проведения, характерными для медико-социальной экспертизы. Кроме того, учитывая особенности испытуемых с ЧМТ, их невысокий и средний образовательный уровень, повышенную астенизацию, было принято решение о необходимости формирования батареи психодиагностических методик таким образом, что бы она, отвечая требованиям адекватности поставленным задачам, одновременно была доступной для выполнения именно данной категории испытуемых.

***Полученные результаты и их обсуждение.*** Методом клинической беседы были получены следующие данные. Все обследуемые предъявляли жалобы на головные боли, головокружение, пошатывание при ходьбе, снижение памяти на текущие события, имена, даты, номера телефонов, заторможенность, быструю утомляемость, общую слабость, нарушение сна, тревожность, раздражительность, плаксивость, обидчивость, рассеянность. Причиной своего эмоционального состояния пациенты чаще всего определяли болезнь.

При описании своих личностных особенностей до болезни больше половины пациентов (62,5%) характеризовали себя как уверенных и активных. Описывали себя как чувствительных и зависимых 32,5%. 17,5% считали себя одиночками и нуждающимися в понимании и поддержке.

Отношение инвалидов к своей болезни самое различное. Большинство участников (70%) о последствиях ЧМТ знали мало. В клинической беседе выяснилось, что большая часть больных этой группы значительно переоценивают тяжесть своего заболевания, считают себя тяжело больными, предъявляют массу жалоб. Остальные 30% инвалидов были хорошо информированы о своей болезни. Объем конкретных знаний о характере своего заболевания, их точность, соответствие объективной картине заболевания зависит в основном от уровня и характера образования, длительности заболевания и индивидуального опыта.

50% инвалидов считают, что из-за болезни у них нет перспективы в будущем. Прозвучали такие фразы как: «... на работу меня уже никто не возьмет», «... кому я теперь буду нужен» и т.д. К данной группе инвалидов относятся больные с неправильной оценкой тяжести болезни. 30% больных имели сохранную систему отношения к труду. Это люди, у которых работа занимала главное место в жизни. В беседе они говорят, что без работы не представляют себе дальнейшей жизни. 20% больных характеризуются неправильным отношением к выбору новой или сохранению ранее избранной профессии. Это больные, которые работают, но избранный ими вид работы подлежит изменению.

Анализируя результаты клинической беседы, наиболее высокие результаты получены по наличию тревожности и потребности в эмпатии –72,5%. Подчеркивали у

себя ранимость и обидчивость 45%. Так же 37,5% отмечали у себя неустойчивость настроения, тенденции к агрессии, вспышки гнева. Активность и уверенность отмечена всего у 20%.

При исследовании эмоционального состояния испытуемых с ЧМТ с помощью МЦВ были получены следующие результаты. При выборе цветов чаще всего на первой позиции оказываются 5-ый и 7-ой цвет (фиолетовый и черный) – 60%. Выбор 5-го цвета на первую позицию свидетельствует о следующих тенденциях: неустойчивость, трудности социальной адаптации, пассивность, потребность в понимании и поддержке. Выбор 7-го цвета на первой позиции свидетельствует о протестной реакции на сложившуюся ситуацию, напряженности, повышенной импульсивности.

На последней позиции наиболее часто оказываются 6-ой и 4-ый цвета (коричневый и желтый) – 70%. Это означает подавление какой-либо потребности, мотива, настроения. Так же на последней позиции оказываются 3-ий (красный) цвет – 25% и 0-ой (серый) цвет – 5%, что означает наличие у испытуемого стресса, неудовлетворенности, внутреннего конфликта.

По результатам методики Дембо-Рубинштейн определяли состояние самооценки обследуемых. По шкале «фон настроения» 30% имели самооценку в пределах нормы, 50% — пониженную самооценку, 20% – выражено низкую самооценку. По шкале «эмоциональная устойчивость» 45% являлись эмоционально неустойчивыми. По шкале «удовлетворенности собой» 47,5% – неудовлетворенны собой. По шкале «уровень оптимизма» – 37,5% имели низкие показатели.

**Выводы.** У обследуемых инвалидов молодого возраста, перенесших ЧМТ, выявлен высокий процент больных (50%) с искаженным представлением о тяжести своего заболевания. Особенно ярко расхождение внутренней картины болезни исследуемых больных с объективными данными проявилось при исследовании отношения к трудовой деятельности и самооценки. Неадекватная оценка тяжести своего состояния приводят к сужению круга интересов. Фиксируясь на своих болезненных ощущениях, больные фактически перестраивают свою ценностную и мотивационную ориентацию. Можно предположить, что у данной группы нетрудоспособных лиц формируется патологическое развитие личности, «уход в болезнь».

Более 30% инвалидов адекватно оценивают свое состояние, имеют правильную информацию о своей болезни. Их самооценка характеризуется положительным настроением, удовлетворенностью собой, эмоциональной устойчивостью и высоким уровнем оптимизма. ВКБ данной группы инвалидов не искажена, а мотивация к трудовой деятельности остается ведущей.

Особая важность реабилитации в работе с больными, перенесшими ЧМТ, обусловлена молодым возрастом пострадавших и частой потерей профессии. В ходе исследования была выявлена группа больных с неправильным отношением к выбору новой или сохранению ранее избранной профессии (20%). Инвалиды этой группы

пытались преодолеть свою болезнь. Они не осознают того, что их заболевание изменило ситуацию и это изменение требует от них пересмотра трудового маршрута. Именно правильная трудовая ориентация, обоснованный выбор специальностей может сохранить их в числе работоспособных.

**Литература.**

1. Баевский Р.М. Прогнозирование состояний на грани нормы и патологии / Р.М. Баевский. – М.: «Медицина», 1988 – 270с.
2. Суржко Г.В. Клинико-психопатологические расстройства у пациентов с последствиями чепно-мозговых травм / Г.В. Суржко, О.В. Ульянова // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2015. – Т. – 18. – № 4. – С. 22 – 25
3. Коновалов А.Н. Клиническое руководство по черепно – мозговой травме / А.Н. Коновалов, М. Лихтерман, А.А. Потапов. – Т. 1. – М.: Антидор, 1998. – 550 с.
4. Куташов В.А. Современные подходы к исследованию посттравматического расстройства / В.А. Куташов, А.В. Будневский // Журнал «Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии». Москва. 2015. – № 7. – С. 47 – 54.
5. Куташов В.А. Современный взгляд на особенности взаимодействий в семьях, где у пациента имеются неврологические или психические расстройства /В.А. Куташов, О.В. Ульянова // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2015. – Т. – 14. – № 3. – С. 663 – 665
6. Куташов В.А. Черепно-мозговая травма как основной предиктор неблагоприятного течения клинико-психопатологических расстройств индивидуума / В.А. Куташов, Г.В. Суржко // Молодой ученый. – 2015. – Т. – 10. – № 90. – С. 427 – 429.
7. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезней и ятрогенные заболевания. / Р.А. Лурия – 4-е изд.– М.: Медицина, 1977. – 111 с.
8. Малкина – Пых И.Г. Психосоматика / И.Г. Малкина-Пых. – М.: Эксмо, 2009. – 1024 с. – (Новейший справочник психолога).
9. Репина Н.В. Основы клинической психологии / Н.В. Репина, Д.В. Воронцов, И.И. Юматова – Ростов н/Д: Феникс, 2003. – 480 с.
10. Соколова Е.Т. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях / Е.Т. Соколова, В.В. Николаева – М.: SvR – Аргус, 1995. – 360 с.
11. Тхостов А.Ш. Психология телесности / А.Ш. Тхостов – М.: Смысл, 2002. – 288 с.
12. Хабарова Т.Ю. Организация процедуры исследования медико-социально-психологических и неврологических характеристик больных с аффективными расстройствами / Т.Ю. Хабарова, В.А. Куташов, О.В. Ульянова // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2015.– Т. 14. – № 3. – С. 588 – 592.
13. Шабалина Н.Б. Медико-социальная экспертиза и реабилитация / Н.Б. Шабалина, А.Г. Герсамя // – 2006. – № 2. – С. 48–51.
14. Яньшин П. В. Практикум по клинической психологии. Методы исследования личности / П. В. Яньшин – СПб: Питер, 2004. – 336 с: ил. – (Серия «Практикум по психологии»).

**Abstract.**

**I. E. Yesaulenko, A. V. Budnevsky, V. A. Kutashov, O. V. Ulyanova  
ANALYSIS OF THE INTERNAL PICTURE OF THE DISEASE  
AT THE MEDICAL AND SOCIAL EXAMINATION OF YOUNG DISABLED  
PEOPLE WHO HAVE HAD A HEAD INJURY**

*Voronezh State Medical University, department of Psychiatry and Neurology IDPO*

Traditionally, it so happened that the study of the internal picture of the disease (UNHCR) conducted mostly in line with the Russian clinical psychology. The physician in any specialty, taking into account the WKB particular patient has an opportunity to more fully reveal the etiology, pathogenesis, disease clinic and choose the best algorithm for therapeutic and diagnostic system, guided by the characteristics of the patient's personality. Improving rehabilitation and medical-social examination of patients who underwent a traumatic brain injury (TBI) in young and of working age, it can be achieved by adequate maintenance of these patients, not only in acute but also in subsequent periods after suffering head trauma. This requires a correct assessment of clinical prognosis and rehabilitation, taking into

account characteristics of pathogenic effects of trauma and subjective (personal) relationship of man to the situation. The study of WKB when TBI is a significant area not only for health care workers and psychologists, but also becomes a central element in the analysis and understanding of the patient's personal perspective of neurology, neurosurgery, psychiatry, rehabilitation. It requires a holistic comprehensive assessment of WKB in young patients undergoing CCT as subjective picture of the disease begins to act as a magnifying glass, allowing a glimpse into the inner world of the patient.

**Keywords:** traumatic brain injury, disability, internal picture of illness, rehabilitation, experimental psychological examination.

**Reference.**

1. Baevsky R.M. Forecasting on the verge of norm and pathology / R.M. Baevsky. – М.: "Medicine", 1988 – 270p.
2. G.V. Surzhko Clinical and psychopathological disorders in patients with consequences of head injuries / G.V. Surzhko, O.V. Ulyanov // Applied information aspects of medicine. – 2015. – Т. – 18. – № 4. – P. 22 – 25
3. A.N. Konovalov Clinical guidelines on the head – brain injury / A.N. Konovalov, M. Likhтерman, A.A. Potapov. – Т. 1. – М.: Antidoron, 1998. – 550 p.
4. Kutashov V.A. Modern approaches to the study of post – traumatic stress disorder / V.A. Kutashov, A.V. Budnevsky // Journal "Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry." Moscow. 2015. – № 7. – P. 47 – 54.
5. Kutashov V.A. The modern view of the features of interactions in families where the patient has a neurological or mental disorder / V.A. Kutashov, O.V. Ulyanova // System analysis and control in biomedical systems. – 2015. – Т. – 14. – № 3. – P. 663 – 665
6. Kutashov V.A. Traumatic brain injury as a major predictor of unfavorable course of clinical and psychopathological disorders individual / V.A. Kutashov, G.V. Surzhko // Young scientist. – 2015. – Т. – 10. – № 90. – P. 427 – 429
7. R.A. Luria Inner picture of disease and iatrogenic disease. / R.A. Luria – 4th izd. – М.: Medicine, 1977. – 111 p.
8. Malkin – Puff I.G. Psychosomatics / I.G. Malkin – Puff. – М.: Eksmo, 2009. – 1024. – (Newest psychologist directory).
9. Repin N.V. Fundamentals of Clinical Psychology / N.V. Repin, D.V. Vorontsov, I.I. Yumatova – Rostov n / D: Phoenix, 2003. – 480 p.
10. Sokolova E.T. Features of the individual with borderline disorders and somatic diseases / E.T. Sokolova, V.V. Nikolaeva – М.: SvR – Argus, 1995. – 360 p.
11. Tkhostov A.Ş. Psychology of corporeality / A.S. Tkhostov – М.: Meaning, 2002. – 288 p.
12. T.Y. Khabarova Study procedure medical, social and psychological and neurological characteristics of patients with affective disorders / T.Y. Khabarova, V.A. Kutashov, O.V. Ulyanova // System analysis and control in biomedical systems. – 2015. – Т. 14. – № 3. – P. 588 – 592.
13. Shabalin N.B. Medical – social examination and rehabilitation / N.B. Shabalin, A.G. Gersamia // – 2006. – № 2. – P. 48 – 51.
14. Yanshin P.V. Workshop on Clinical Psychology. Methods of study of personality / P.V. Yanshin – St. Petersburg: Peter, 2004. – 336 p: il. – ("Practical Psychology" series).

**Сведения об авторах:** Есауленко Игорь Эдуардович – доктор медицинских наук, профессор, академик РАЕН, ректор ГБОУ ВПО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко; Будневский Андрей Валериевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой факультетской терапии ГБОУ ВПО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко; Куташов Вячеслав Анатольевич – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии и неврологии ИДПО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, kutash@mail.ru; Ульянова Ольга Владимировна – к.м.н., ассистент кафедры психиатрии и неврологии ИДПО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, alatau08@mail.ru.