

СКРИНИНГОВАЯ ДИАГНОСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ У ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОПАТИЕЙ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

Завалий Л.Б.¹, Рамазанов Г.Р.¹, Рахманина А.А.¹, Калантарова М.В.^{1,2}, Холмогорова А.Б.^{1,2}, Петриков С.С.¹

¹ГБУЗ «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия

²ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», Москва, Россия

Резюме

Пациенты с невропатией лицевого нерва (НЛН) зачастую эмоционально лабильны, неадекватно оценивают тяжесть симптомов и прогноз заболевания, имеют низкие комплаентность и мотивацию к лечению и реабилитации.

Цель исследования: разработать скрининговый метод оценки отношения пациента с НЛН к болезни для определения его потребности в психологической помощи и выявления факторов, влияющих на комплаентность и мотивацию к лечению и реабилитации.

Материал и методы: в исследование включили 80 пациентов с НЛН различного генеза, обратившихся в течение первых 3 мес. (группа 1, $n = 37$) и спустя 3 мес. от дебюта симптомов (группа 2, $n = 43$). Всем больным проводили неврологический осмотр, оценку тяжести НЛН по шкале House–Brackmann и предлагали заполнить опросник по скрининговой диагностике показателей эмоционального благополучия.

Результаты. В группе 1 тяжесть заболевания была обусловлена слабостью мимических мышц и лагофталмом, в группе 2 — преимущественно осложнениями в виде гипертонуса мышц (88,4% пациентов) и синкинезиями на пораженной стороне (89,2%), в то время как сила частично восстановилась с 6 [3; 6] до 3 [3; 4] баллов по шкале House–Brackmann, а частота лагофталма уменьшилась в 2 раза (с 78,4% до 32,6%). Выраженность пареза не коррелировала с тяжестью эмоциональных расстройств ($p = 0,607$) и наличием лагофталма — 3 [2; 6] против 4 [2; 8] ($p = 0,412$). Суммарный балл негативных ответов опросника был выше именно у пациентов с осложнениями: гипертонусом мышц — 5 [3; 7] против 3 [1; 5] ($p = 0,033$) и синкинезиями — 6 [3,5; 7,5] против 3 [2; 6] ($p = 0,010$). Причем, выраженность эмоциональных нарушений была сопряжена с количеством осложнений ($p = 0,006$). Пациенты считали, что заболевание сделало их менее привлекательными (72,5%), окружающие обращают слишком много внимания на лицо (46,3%) и изменили свое отношение к ним (18,8%). Начиная с острого периода НЛН настроение изменилось у 65% больных. Каждый второй пациент считал, что заболевание разделило его жизнь на «до» и «после», каждый третий ответил: «это худшее, что случилось со мной в жизни». В трех случаях отмечены высказывания суицидальных мыслей. Пациенты, обратившиеся за помощью в хроническом периоде НЛН, являются более неблагополучными по эмоциональному состоянию — суммарный балл негативных ответов составил 6 [3,5; 8] против 3 [1; 5] ($p = 0,001$). Треть больных были убеждены, что основная ответственность за выздоровление лежит на врачах, поэтому они находятся в группе риска по отказу от лечения.

Заключение: в дебюте НЛН каждый второй больной переживает по поводу внешности и отмечает снижение настроения. Негативные мысли и ощущения у пациентов в хронической стадии заболевания встречаются в 90% случаев. Разработанный скрининговый метод психологической оценки отношения пациента к болезни позволяет определить потребность пациента в психологической помощи, выявить показания для консультации психолога или психиатра.

Ключевые слова: невропатия лицевого нерва, эмоциональное неблагополучие, психологическая диагностика

Для цитирования: Завалий Л.Б., Рамазанов Г.Р., Рахманина А.А., Калантарова М.В., Холмогорова А.Б., Петриков С.С. Скрининговая диагностика показателей эмоционального неблагополучия у пациентов с невропатией лицевого нерва. *Российский неврологический журнал*. 2022;27(3):47–53. DOI 10.30629/2658-7947-2022-27-3-47-53

Для корреспонденции: Завалий Л.Б. — e-mail: ZavaliyLB@sklif.mos.ru

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Информация об авторах

Завалий Л.Б., <https://orcid.org/0000-0002-8572-7094>; e-mail: ZavaliyLB@sklif.mos.ru

Рамазанов Г.Р., <https://orcid.org/0000-0001-6824-4114>

Рахманина А.А., <https://orcid.org/0000-0002-7870-402X>

Калантарова М.В., <https://orcid.org/0000-0002-5509-7052>

Холмогорова А.Б., <https://orcid.org/0000-0002-9497-6199>

Петриков С.С., <https://orcid.org/0000-0003-1141-2919>

SCREENING DIAGNOSTICS OF EMOTIONAL DISTRESS IN PATIENTS WITH FACIAL NEUROPATHY

Zavaliy L.B.¹, Ramazanov G.R.¹, Rakhmanina A.A.¹, Kalantarova M.V.^{1,2}, Kholmogorova A.B.^{1,2}, Petrikov S.S.¹

¹N.V. Sklifosovskii Research Institute of Emergency Medical Care, Moscow, Russia

²Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia

Abstract

Patients with facial nerve neuropathy (NLN) are often emotionally labile, inadequately assess the severity of symptoms and prognosis of the disease, have low compliance and motivation for treatment and rehabilitation.

The purpose of the study: to develop a screening method for assessing the attitude of a patient with NLN to the disease in order to determine his need for psychological assistance and identify factors affecting compliance and motivation for treatment and rehabilitation.

Material and methods: the study included 80 patients with NLN of various genesis who applied during the first 3 months (group 1, $n = 37$) and 3 months after the onset of symptoms (group 2, $n = 43$). All patients underwent a neurological examination, an assessment of the severity of NLN on the House–Brackmann scale and were asked to fill out a questionnaire on screening diagnostics of indicators of emotional well-being.

Results. In Group 1, the severity of the disease was due to weakness of facial muscles and lagophthalmos, in Group 2 — mainly complications in the form of muscle hypertonia (88.4% of patients) and synkinesias on the affected side (89.2%), while strength partially recovered from 6 [3; 6] to 3 [3; 4] points according to the House–Brackmann scale, and the frequency of lagophthalmos decreased by 2 times (from 78.4% to 32.6%). The severity of paresis was not correlated with the severity of emotional disorders ($p = 0.607$) and the presence of lagophthalmos — 3 [2; 6] versus 4 [2; 8] ($p = 0.412$). The total score of negative questionnaire responses was higher in patients with complications: muscle hypertonicity — 5 [3; 7] versus 3 [1; 5] ($p = 0.033$) and synkinesia — 6 [3.5; 7.5] versus 3 [2; 6] ($p = 0.010$). Moreover, the severity of emotional disorders was associated with the number of complications ($p = 0.006$). Patients believed that the disease made them less attractive (72.5%), others pay too much attention to the face (46.3%) and changed their attitude (18.8%). Since the acute period of NLN, the mood has changed in 65% of patients. Every second patient believed that the disease divided his life into “before” and “after”, every third answered: “this is the worst thing that happened to me in my life.” In three cases, statements of suicidal thoughts were noted. Patients who sought help in the chronic period of NLN are more dysfunctional in terms of emotional state — the total score of negative responses was 6 [3.5; 3] versus 3 [1; 5] ($p = 0.001$). A third of the patients were convinced that the main responsibility for recovery lies with doctors, so they are at risk of refusing treatment.

Conclusion: in the debut of NLN, every second patient worries about appearance and notes a decrease in mood. Negative thoughts and feelings in patients in the chronic stage of the disease occur in 90% of cases. The developed screening method of psychological assessment of the patient's attitude to the disease allows to determine the patient's need for psychological help, to identify indications for consultation with a psychologist or psychiatrist.

Key words: facial nerve neuropathy, emotional distress, psychological diagnosis

For citation: Zavaliy L.B., Ramazanov G.R., Rakhmanina A.A., Kalantarova M.V., Kholmogorova A.B., Petrikov S.S. Screening diagnostics of emotional distress in patients with facial neuropathy. *Russian Neurological Journal (Ros-sijskij Nevrologicheskij Zhurnal)*. 2022;27(3):47–53. (In Russian). DOI 10.30629/2658-7947-2022-27-3-47-53

For correspondence: Zavaliy L.B. — e-mail: ZavaliyLB@sklif.mos.ru

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Acknowledgements. The study had no sponsorship.

Information about authors

Zavaliy L.B., <https://orcid.org/0000-0002-8572-7094>; e-mail: ZavaliyLB@sklif.mos.ru

Ramazanov G.R., <https://orcid.org/0000-0001-6824-4114>

Rakhmanina A.A., <https://orcid.org/0000-0002-7870-402X>

Kalantarova M.V., <https://orcid.org/0000-0002-5509-7052>

Kholmogorova A.B., <https://orcid.org/0000-0002-9497-6199>

Petrikov S.S., <https://orcid.org/0000-0003-1141-2919>

Received 09.09.2021

Accepted 13.12.2021

Сокращения: НЛН — невралгия лицевого нерва.

Введение. Лицо — «визитная карточка» человека и негативные изменения на нем пациент субъективно может переживать как болезненные. В более тяжелых случаях растущее чувства стыда или формирование рентных установок могут приводить к социальной дезадаптации [1–4].

Пациенты с невралгией лицевого нерва (НЛН) зачастую эмоционально лабильны, неадекватно

оценивают тяжесть симптомов и прогноз заболевания, имеют низкую комплаентность и мотивацию к лечению и реабилитации [5]. Однако данная проблема остается без должного внимания. Для ее решения в первую очередь необходимо понимание внутренней картины болезни у пациентов с НЛН, в том числе ее особенностей в зависимости от периода НЛН и при различных вариантах течения заболевания. Для оказания полноценной помощи этим пациентам важно выяснить роль личностных

и социально-демографических факторов в формировании реакции пациента на заболевание [6]. В настоящий момент не существует стандарта психологической диагностики у подобной категории пациентов. Своевременная и адекватная помощь может не только решить психологические проблемы больного, но и найти эффективные способы повышения комплаентности и мотивации пациентов с НЛН к лечению и реабилитации.

Клиническая практика демонстрирует высокую заинтересованность врачей в скрининговом методе выявления показаний для обоснования и направления больного на консультацию психолога.

Цель исследования: разработать скрининговый метод оценки отношения пациента с НЛН к болезни для определения его потребности в психологической помощи и выявления факторов, влияющих на комплаентность и мотивацию к лечению и реабилитации.

Материал и методы. В исследование включено 80 пациентов с НЛН различного генеза в остром и хроническом периоде заболевания. Всем пациентам проводили оценку неврологического статуса с прицельным исследованием функции VII пары черепных нервов, мимических мышц. Тяжесть НЛН определяли по выраженности пареза, наличию лагофтальма и развившихся осложнений, таких как синкинезии мышц, гипертонус и контрактуры. Для количественной оценки двигательного дефекта лицевой мускулатуры использовали шкалу House–Brackmann [7]. Всем пациентам была проведена лабораторная и инструментальная диагностика, в том числе магнитно-резонансная томография, электронейромиография для оценки степени повреждения нерва.

Сотрудниками психологической службы НИИ СП им. Н.В. Склифосовского был разработан скрининговый метод оценки психологического статуса пациента для определения его отношения к болезни, потребности в психологической помощи, а также выявления факторов, повышающих комплаентность и мотивацию к лечению и реабилитации. Опросник состоит из 4 блоков (всего 20 вопросов): эмоциональное состояние и самоотношение, социальные страхи, отношение к болезни и лечению, трудности выражения и распознавания эмоций.

Каждому больному с НЛН предлагалось заполнить опросник — прочитать утверждения и выразить свое согласие или несогласие с ними.

Пациентов разделили на 2 группы в зависимости от периода НЛН:

- группа 1 ($n = 37$) — пациенты, обратившиеся в течение первых 3 мес. от начала заболевания;
- группа 2 ($n = 43$) — пациенты, обратившиеся спустя 3 мес. от начала заболевания.

Статистическая обработка материала выполнена с помощью программы IBM SPSS 23.00. Описательная статистика приведена в виде абсолютных (n) и относительных величин (%), средних значений ($\pm$), медиан (Me), нижних [q_1] и верхних [q_3] квартилей. Проверку данных на нормальность распределения проводили по критерию Шапиро–Уилка. Для

сравнения двух групп были применены непараметрические критерии сравнения: Манна–Уитни (кр. M-W) и критерий χ^2 . За уровень статистической значимости принимали $p \leq 0,05$.

Результаты. Пациенты двух групп были сопоставимы по возрасту и этиологии заболевания; в группе 1 соотношение женщин и мужчин составило 1:1, в группе 2 — преобладали женщины (табл. 1).

По данным опросника, 72,5% пациентов считали, что заболевание сделало их менее привлекательными (табл. 2). Причем, если в дебюте НЛН так думал каждый второй пациент, то в хроническом периоде — 9 из 10 ($p < 0,001$). Во время осмотра пациенты негативно утрировали ситуацию, даже незначительные изменения на лице (например, синкинезию легкой степени) воспринимали как уродующую асимметрию. У 46,3% пациентов появилось ощущение, что окружающие обращают слишком много внимания на лицо, и оно в 2 раза чаще встречалось у больных на поздних сроках заболевания в сравнении с дебютом НЛН — 60,5% случаев против 29,7% ($p = 0,006$). Пациенты отвечали, что окружающие изменили к ним свое отношение (18,8% случаев), беспокоились, что другие люди могут связывать симптомы заболевания с психическим расстройством (12,5%). Подобные убеждения могут приводить к социальной дезадаптации и изоляции — 3 из 10 больных признались, что стремятся избегать встреч с другими людьми. Каждый четвертый пациент с НЛН трудоспособного возраста переживал, что заболевание может негативно сказаться на профессиональной деятельности. В группе 2 данный вопрос беспокоил 51,2% больных, а в группе 1 — 24,3% ($p = 0,014$). 1/4 пациентов считали, что данное заболевание может негативно сказаться на взаимоотношениях с партнером.

По данным опросника, в связи с развитием НЛН настроение изменилось у 65% больных начиная с острого периода. Каждый второй пациент считал, что заболевание разделило его жизнь на «до» и «после». К данному убеждению в 2 раза чаще были склонны пациенты на поздних сроках заболевания в сравнении с дебютом — 60,5% случаев против 32,4% ($p = 0,012$). А 36,3% пациентов ответили: «это худшее, что случилось со мной в жизни». И если в группе 1 так думали больные в 1/4 случаев, то в группе 2 — каждый второй ($p = 0,040$). Очевидно, что пациенты находятся в зоне повышенного риска развития острых психологических реакций на заболевание. Мы выявили три случая высказывания суицидальных мыслей. В первом случае — больная 30 лет с идиопатической НЛН (группа 1), клинически проявляющейся прозоплегией (House–Brackmann VI), которая в течение полутора месяцев проходила лечение, но не наблюдала положительной динамики. Во втором случае — больная 23 лет с травматической НЛН (группа 2) после косметологического вмешательства (липосакция щек) и развившимися осложнениями в виде минимальных синкинезий. В третьем случае — больной 19 лет с рецидивирующей НЛН (группа 2), у которого в анамнезе было 6 эпизодов заболевания с неполным восстановлением функции

Таблица 1

Характеристика групп наблюдения

Признак		Группы больных		p
		Группа 1	Группа 2	
Количество пациентов, n		37	43	—
Период заболевания на момент первичного исследования		до 3 мес.	после 3 мес.	—
День заболевания, Ме [Q2; Q3]		15 [6; 34]	964 [353; 2250]	—
Возраст, Ме [Q2; Q3]		38 [32; 53]	37 [31; 45]	0,135
Пол	Мужской, n (%)	17 (45,9)	3 (6,9)	0,000
	Женский, n (%)	20 (54,1)	40 (93,1)	0,000
Этиология невропатии лицевого нерва	Паралич Белла, n (%)	20 (54)	28 (65,1)	0,000
	Поражение ветви лицевого нерва, n (%)	4 (10,8)	2 (4,7)	0,297
	Последствия хирургического лечения опухолей мосто-мозжечкового угла, n (%)	7 (18,9)	8 (18,6)	0,972
	Травматическое поражение лицевого нерва, n (%)	6 (16,3)	5 (11,6)	0,552
Шкала House–Brackmann, Ме [Q2; Q3] баллов		6 [4,75; 6]	4 [3; 4]	0,000
Лагофталм, n (%)		29 (78,4)	14 (32,6)	0,000
Вид осложнения	Гипертонус/контрактуры, n (%)	15 (40,5)	38 (88,4)	0,000
	Синкинезии, n (%)	2 (5,4)	33 (89,2)	0,000
Количество осложнений	Без осложнений, n (%)	21 (56,8)	3 (6,9)	0,000
	Одно, n (%)	15 (40,5)	9 (20,9)	0,056
	Два, n (%)	1 (2,7)	31 (72,2)	0,000

Table 1

Characteristics of patients groups

Indicator		Patient groups		p
		Group 1	Group 2	
Number of patients, n		37	43	—
Disease period at the time of the initial study		up to 3 months	after 3 months	—
Disease duration, Ме [Q2; Q3]		15 [6; 34]	964 [353; 2250]	—
Age, Ме [Q2; Q3]		38 [32; 53]	37 [31; 45]	0.135
Sex	Male, n (%)	17 (45.9)	3 (6.9)	0.000
	Female, n (%)	20 (54.1)	40 (93.1)	0.000
Etiology of neuropathy of the facial nerve	Bell's palsy, n (%)	20 (54)	28 (65.1)	0.000
	Damage to the branch of the facial nerve, n (%)	4 (10.8)	2 (4.7)	0.297
	Consequences of surgical treatment of tumors, n (%)	7 (18.9)	8 (18.6)	0.972
	Traumatic lesion of the facial nerve, n (%)	6 (16.3)	5 (11.6)	0.552
House–Brackmann scale, Ме [Q2; Q3] points		6 [4.75; 6]	4 [3; 4]	0.000
Lagophthalmos, n (%)		29 (78.4)	14 (32.6)	0.000
Type of the complication	Hypertone/contractures, n (%)	15 (40.5)	38 (88.4)	0.000
	Synkinesis, n (%)	2 (5.4)	33 (89.2)	0.000
Number of complications	Without complications, n (%)	21 (56.8)	3 (6.9)	0.000
	One, n (%)	15 (40.5)	9 (20.9)	0.056
	Two, n (%)	1 (2.7)	31 (72.2)	0.000

мимических мышц, развитием осложнений в виде гипертонуса мышц и синкинезий.

В некоторых случаях особое отношение пациентов к собственной внешности было сформировано еще до возникновения НЛН.

Пациенты сообщали, что стали чаще использовать жесты и изменять интонацию (17,5% случаев), чтобы точнее донести смысл собственных слов до собеседника. В хроническом периоде НЛН с данной проблемой столкнулись четверть пациентов ($p = 0,040$). Известно, что мимикой человек отражает собственные эмоции и для других, а при наличии двигательных расстройств это становится сложнее [8]. У 29% пациентов появились опасения, что из-за заболевания окружающие

могут неверно толковать сказанное ими. В хроническом периоде НЛН 16,3% пациентов отмечали, что у них появились трудности в интерпретации выражений лиц других людей.

Прогностически значимым аспектом является locus контроля пациента в отношении реабилитации. Каждый третий пациент в нашей выборке считал, что основная ответственность за его выздоровление лежит на врачах. Больные с такими убеждениями нуждаются в более детальном обсуждении плана лечения, вероятности его эффективности и вариантов дальнейшей помощи в случае неуспешного применения интервенций первого выбора [9].

Однако, пациенты с НЛН чаще осознают собственную ответственность за свое здоровье и ищут

Таблица 2

Количество ответов «да» на вопросы опросника

Вопрос опросника	Всего	Группы больных		p
		Группа 1 (n = 37)	Группа 2 (n = 43)	
Я считаю, что заболевание делает меня менее привлекательным	58 (72,5%)	20 (54,1%)	38 (88,4%)	0,001
Мое настроение изменилось с началом болезни	52 (65%)	22 (59,5%)	30 (69,8%)	0,335
Заболевание разделило мою жизнь на «до» и «после»	38 (47,5%)	12 (32,4%)	26 (60,5%)	0,012
У меня появилось ощущение, что окружающие обращают слишком много внимания на мое лицо	37 (46,3%)	11 (29,7%)	26 (60,5%)	0,006
Я опасюсь, что мое заболевание может негативно сказаться на моей профессиональной деятельности	31 (38,8%)	9 (24,3%)	22 (51,2%)	0,014
Данное заболевание — худшее, что случилось со мной в жизни	29 (36,3%)	9 (24,3%)	20 (46,5%)	0,040
Я замечаю, что стал стараться избегать встреч с другими людьми	22 (27,5%)	7 (18,9%)	15 (34,9%)	0,111
Я опасюсь, что мое заболевание может негативно сказаться на моих взаимоотношениях с партнером	21 (26,3%)	7 (18,9%)	14 (32,6%)	0,167
Иногда у меня возникает ощущение, что из-за последствий заболевания окружающие могут неверно толковать сказанное мной	16 (20%)	6 (16,2%)	10 (23,3%)	0,433
Мне кажется, что окружающие изменили ко мне свое отношение	15 (18,8%)	5 (13,5%)	10 (23,3%)	0,266
Я стал чаще использовать жесты и интонацию, чтобы точнее донести смысл собственных слов до собеседника	14 (17,5%)	3 (8,1%)	11 (25,6%)	0,040
Мне кажется, что у меня появились трудности в интерпретации выражений лиц других людей	10 (12,5%)	3 (8,1%)	7 (16,3%)	0,271
У меня есть опасения, что другие люди могут связывать симптомы моего заболевания с психическим расстройством	10 (12,5%)	4 (10,8%)	6 (14%)	0,672
Мне кажется, что окружающим стало сложно понимать меня без слов	6 (7,5%)	4 (10,8%)	2 (4,7%)	0,297
Мне кажется, что другие люди стараются избегать контактов со мной	6 (7,5%)	3 (8,1%)	3 (7%)	0,848
Иногда я думаю о том, что лучше бы я умер	2 (2,5%)	1 (2,7%)	1 (2,3%)	0,914
Иногда у меня возникают мысли о самоубийстве	1 (1,3%)	0 (0%)	1 (2,3%)	0,351
Я считаю, что основная ответственность за мое выздоровление лежит на врачах	25 (31,3%)	14 (37,8%)	11 (25,6%)	0,238
Я считаю, что выздоровление (или существенное улучшение) возможно	77 (96,3%)	36 (97,3%)	41 (95,3%)	0,647
Я надеюсь увидеть первые признаки улучшения в ближайшее время	76 (95%)	36 (97,3%)	40 (93%)	0,382
Я верю, что планомерные усилия с моей стороны помогут преодолеть болезнь	74 (92,5%)	35 (94,6%)	39 (90,7%)	0,539
Заболевание принесло в мою жизнь и позитивный опыт тоже	35 (43,8%)	17 (45,9%)	18 (41,9%)	0,713

Table 2

“Yes” answers to the survey questions

Question	Total	Patient groups		p
		Group 1 (n = 37)	Group 2 (n = 43)	
I think being sick makes me less attractive	58 (72.5%)	20 (54.1%)	38 (88.4%)	0.001
My mood changed with the onset of the illness	52 (65%)	22 (59.5%)	30 (69.8%)	0.335
The disease divided my life into “before” and “after”	38 (47.5%)	12 (32.4%)	26 (60.5%)	0.012
I have a feeling that others are paying too much attention to my face	37 (46.3%)	11 (29.7%)	26 (60.5%)	0.006
I am afraid that my illness may negatively affect my professional activities	31 (38.8%)	9 (24.3%)	22 (51.2%)	0.014
This disease is the worst thing that happened to me in my life	29 (36.3%)	9 (24.3%)	20 (46.5%)	0.040
I notice that I have started trying to avoid meeting other people	22 (27.5%)	7 (18.9%)	15 (34.9%)	0.111
I am afraid that my illness may negatively affect my relationship with my partner	21 (26.3%)	7 (18.9%)	14 (32.6%)	0.167
Sometimes I get the feeling that the effects of the disease may cause others to misinterpret what I have said	16 (20%)	6 (16.2%)	10 (23.3%)	0.433
It seems to me that the people around me have changed their attitude towards me	15 (18.8%)	5 (13.5%)	10 (23.3%)	0.266
I began to use gestures and intonation more often in order to more accurately convey the meaning of my own words to the interlocutor	14 (17.5%)	3 (8.1%)	11 (25.6%)	0.040
I feel like I’m having trouble interpreting other people’s facial expressions	10 (12.5%)	3 (8.1%)	7 (16.3%)	0.271
I have concerns that other people may associate my symptoms with a mental disorder	10 (12.5%)	4 (10.8%)	6 (14%)	0.672
It seems to me that it has become difficult for others to understand me without words	6 (7.5%)	4 (10.8%)	2 (4.7%)	0.297
It seems to me that other people try to avoid contact with me	6 (7.5%)	3 (8.1%)	3 (7%)	0.848
Sometimes I think that I’d rather be dead	2 (2.5%)	1 (2.7%)	1 (2.3%)	0.914
Sometimes I have suicidal thoughts	1 (1.3%)	0 (0%)	1 (2.3%)	0.351
I believe that the main responsibility for my recovery lies with the doctors	25 (31.3%)	14 (37.8%)	11 (25.6%)	0.238
I believe that recovery (or significant improvement) is possible	77 (96.3%)	36 (97.3%)	41 (95.3%)	0.647
I hope to see the first signs of improvement soon	76 (95%)	36 (97.3%)	40 (93%)	0.382
I believe that systematic efforts on my part will help overcome the disease	74 (92.5%)	35 (94.6%)	39 (90.7%)	0.539
The disease brought positive experiences into my life too	35 (43.8%)	17 (45.9%)	18 (41.9%)	0.713

новые варианты преодоления болезни. Важно отметить, что 43,8% пациентов считают, что заболевание привнесло в их жизнь и позитивный опыт тоже. Обсуждение этого опыта необходимо использовать для снижения тревоги больных, формирования у них более объективной картины, построенной на том факте, что заболевание — это только одна из частей жизни.

Данные неврологического осмотра показали, что в группе 1 тяжесть заболевания была обусловлена слабостью мимических мышц в 6 [3; 6] баллов по шкале House–Brackmann и лагофталмом у 78,4% пациентов. Даже на сроке до 3 мес. заболевания наблюдали осложнения в виде гипертонуса мимических мышц условно здоровой половины лица (40,5% случаев) и незначительные синкинезии на пораженной стороне (5,4%). В группе 2 — сила мимических мышц частично восстановилась до 3 [3; 4] баллов по шкале House–Brackmann и в 2 раза уменьшилась частота лагофталма (до 32,6%). Однако в группе 2 преобладали осложнения в виде гипертонуса/контрактур мимических мышц не только условно здоровой, но и пораженной стороны (88,4% пациентов) и синкинезий на пораженной стороне (89,2%).

Так, в первые 3 мес. у 56,8% пациентов не наблюдали осложнений, у 40,5% выявлено только одно, как правило, невыраженное осложнение — преимущественно легкий гипертонус мимических мышц условно здоровой половины лица. В то время как в хроническом периоде заболевания у 72,2% больных развились оба осложнения от умеренной до выраженной степени.

Выраженность пареза не коррелировала с тяжестью эмоционального состояния ($p = 0,607$). Наличие лагофталма или его отсутствие также не было сопряжено с выраженностью психологических проблем, 3 [2; 6] против 4 [2; 8] ($p = 0,412$). Однако, суммарный балл негативных ответов опросника был выше у пациентов с осложнениями: гипертонусом мышц — 5 [3; 7] против 3 [1; 5] ($p = 0,033$) и синкинезиями — 6 [3,5; 7,5] против 3 [2; 6] ($p = 0,010$). Причем, выраженность эмоциональных проблем была сопряжена с количеством осложнений. Пациенты без осложнений отвечали на вопросы опросника более позитивно (суммарный балл 3 [1; 3,5]) в сравнении с больными, у кого регистрировали одно осложнение (4 [2; 6,5]), а тем более два (5,5 [3,75; 7], $p = 0,006$).

В целом пациенты, обратившиеся за помощью в хроническом периоде НЛН, являются более неблагополучными по эмоциональному состоянию. Количество негативных ответов было больше у пациентов именно в хроническом периоде — 6 [3,5; 3] против 3 [1; 5] ($p = 0,001$).

Обсуждение. Известно, что спонтанное восстановление функции лицевого нерва и мимических мышц может произойти в первые 3 мес. НЛН (реже — до 5 мес.) [10]. В дебюте заболевания пациент сталкивается со стрессом и первичными негативными реакциями на событие, его пугают внешние эстетические изменения, он находится в ситуации

неопределенности и с одной стороны испытывает страх перед неизвестностью (восстановится подвижность лица или нет), а с другой — сохраняет надежду на спонтанное восстановление. В хроническом периоде прогнозы становятся более понятными, наступает определенность, тяжесть состояния определяется количеством и качеством развившихся осложнений, уровень стресса уменьшается, однако происходит его хронификация [11]. Поэтому мы посчитали целесообразным деление именно на эти две группы.

Нами разработан скрининговый метод оценки отношения пациента к болезни, выявление основных проблем из разных сфер (эмоциональное состояние и самоотношение, социальные страхи, отношение к болезни и лечению, трудности выражения и распознавания эмоций других). Преимуществом использования методики является возможность определить потребность в психологической помощи даже у «тихого пациента».

Исследование показало, что чаще всего психологические проблемы связаны со снижением самооценки и страхом негативной оценки со стороны других. Данный опросник может быть использован как инструмент для определения необходимости направления пациента на психологическую консультацию. Если пациент ответил на треть вопросов, имеющих негативное значение, утвердительно, то необходимо рекомендовать консультацию психолога. Если ответил положительно на один из вопросов о мыслях суицидального характера — консультацию психиатра.

Тем не менее важна и качественная оценка ответов на вопросы, которая помогает более точно оценить психологическое состояние пациента на данный момент. Понимая, изменения в какой сфере жизни пациент переживает особенно остро, мы можем найти аргументы для повышения его мотивации к лечению и реабилитации, что должно благотворно сказаться и на комплаентности. Важно помнить, что острый и хронический периоды заболевания неодинаковы в переживании болезни. Пациенты в хроническом периоде чаще отмечают у себя симптомы эмоционального неблагополучия [11].

Вопрос ответственности пациента за собственное выздоровление в целом имеет важное прогностическое значение. Важно, кем является больной — субъектом или объектом лечения. Опросник позволяет определить, готовность пациента к долгосрочной работе и степень его включения в лечебно-диагностический процесс. Негативным признаком здесь является мнение больного, что ответственность за его выздоровление лежит на врачах. Такие пациенты нуждаются в детальном информировании о возможных вариантах дальнейшего течения болезни и обозначении строгих критериев самостоятельной оценки симптомов в динамике или временных параметров «критических точек», так как если они не замечают положительной динамики, то часто не проявляют инициативы в поиске новых решений, смиряются с болезнью, затягивают плановое обращение

или отказываются от него совсем [9]. У таких пациентов особенно важно сформировать представление, что врач имеет в своем арсенале различные способы помощи, что возможности не исчерпаны одним вариантом вмешательств. С другой стороны, необходимо четко обозначать, что с течением времени шанс на полное восстановление или максимальное улучшение уменьшается.

Выводы. 1. Разработанный скрининговый метод психологической оценки отношения к болезни пациента с НЛН различного генеза определяет его потребность в психологической помощи, выявляет показания для консультации психолога или психиатра.

2. Психологическое состояние больного сопряжено с неврологическим дефицитом: в дебюте тяжесть НЛН обусловлена слабостью мимических мышц, а в более поздние сроки — развитием осложнений в виде гипертонуса, синкинезий.

3. В дебюте НЛН каждый второй больной переживает по поводу внешности и отмечает снижение настроения. Негативные мысли и ощущения у пациентов в хронической стадии заболевания встречаются в 90% случаев.

4. Показанием к консультации психолога являются утвердительные ответы на вопросы, имеющие негативное значение, а к консультации психиатра — положительный ответ на один из вопросов о мыслях суицидального характера.

5. Треть пациентов считают, что основная ответственность за выздоровление лежит на врачах, и находятся в группе риска по отказу от лечения.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Volk G.F., Granitzka T., Kreysa H., Klingner C.M., Guntinas-Lichius O. Initial severity of motor and non-motor disabilities in patients with facial palsy: an assessment using patient-reported outcome measures. *Eur. Arch. Otorhinolaryngol.* 2017;274(1):45–52. <https://doi.org/10.1007/s00405-016-4018-1>
2. Rahtz E., Bhui K., Hutchison I., Korszun A. Are facial injuries really different? An observational cohort study comparing appearance concern and psychological distress in facial trauma and non-facial trauma patients. *J. Plast. Reconstr. Aesthet. Surg.* 2018;71(1):62–71. <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2017.08.006>
3. Рахманина А.А., Калантарова М.В., Холмогорова А.Б., Завалий Л.Б. Переживание болезни и эмоциональное неблагополучие при невропатии лицевого нерва. В кн.: Консультативная психология: вызовы практики: Москва: ФБГНУ «Психологический институт РАО», 2020:211–212. [Rakhmanina A.A., Kalantarova M.V., Kholmogorova A.B., Zavaliy L.B. Experiencing illness and emotional distress in neuropathy of the facial nerve. In: Konsul'tativnaya psikhologiya: vyzovy praktiki: Moscow: FBGNU «Psikhologicheskiy institut RAO», 2020:211–212. (In Russ.)].
4. Калантарова М.В., Рахманина А.А., Холмогорова А.Б., Завалий Л.Б. Проблема эмоциональной дезадаптации при невропатии лицевого нерва. В кн.: Зейгарниковские чтения. Диагностика и психологическая помощь в современной клинической психологии: проблема научных и этических оснований. Москва; 2020:697–700. [Kalantarova M.V., Rakhmanina A.A., Kholmogorova A.B., Zavaliy L.B. The problem of emotional maladjustment in neuropathy of the facial nerve. In: Zeygarnikovskie chteniya. Diagnostika i psikhologicheskaya pomoshch' v sovremennoy klinicheskoy psikhologii: problema nauchnykh i eticheskikh osnovaniy. Moscow; 2020:697–700. (In Russ.)].
5. Завалий Л.Б., Рамазанов Г.Р., Чехонацкая К.И., Синкин М.В., Селиверстова Е.Г., Семенов Л.Л. и др. Комплексный подход к диагностике, лечению и реабилитации пациентов с невропатией лицевого нерва в разные периоды заболевания. *Российский неврологический журнал.* 2022;27(1):69–79. [Zavaliy L.B., Ramazanov G.R., Chekhonatskaya K.I., Sinkin M.V., Seliverstova E.G., Semenov L.L. et al. Comprehensive approach to the diagnosis, treatment and rehabilitation of patients with facial nerve neuropathy at different periods of the disease. *Russian neurological journal.* 2022;27(1):69–79. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.30629/2658-7947-2022-27-1-69-79>
6. van Reijen M., Vriend I., van Mechelen W., Finch C.F., Verhagen E.A. Compliance with Sport Injury Prevention Interventions in Randomised Controlled Trials: A Systematic Review. *Sports Med.* 2016;46(8):1125–1139. <https://doi.org/10.1007/s40279-016-0470-8>
7. House J.W., Brackmann D.E. Facial nerve grading system. *Otolaryngol. Head Neck Surg.* 1985;93(2):146–147. <https://doi.org/10.1177/019459988509300202>
8. Storbeck F., Schlegelmilch K., Streitberger K.J., Sommer W., Ploner C.J. Delayed recognition of emotional facial expressions in Bell's palsy. *Cortex.* 2019;120:524–531. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2019.07.015>
9. Jin J., Sklar G.E., Min Sen Oh V., Chuen Li S. Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. *Ther. Clin. Risk Manag.* 2008;4(1):269–286. <https://doi.org/10.2147/tcrm.s1458>
10. Peitersen E. Bell's palsy: the spontaneous course of 2,500 peripheral facial nerve palsies of different etiologies. *Acta Otolaryngol. Suppl.* 2002;(549):4–30.
11. Fu L., Bundy C., Sadiq S. Psychological distress in people with disfigurement from facial palsy. *Eye (Lond.).* 2011;25(10):1322–1326. <https://doi.org/10.1038/eye.2011.158>

Поступила 09.09.2021

Принята к печати 13.12.2021