

Кафедра общей и клинической психологии

Зав. кафедрой общей
и клинической психологии
д.пс.н., профессор
Исаева Е.Р. _____

Председатель ГАК
д.пс.н., профессор
Соловьева С.Л. _____

Выпускная квалификационная работа на тему:

***Эмоциональные и личностные особенности пациентов с дисфункцией
височно-нижнечелюстного сустава***

по специальности 37.05.01 – Клиническая психология

Выполнила:
Студентка 6 курса
Отделения клинической психологии
Карасева Ксения Сергеевна
_____ (подпись)

Научный руководитель:
К.пс.н., доцент кафедры
общей и клинической психологии
Ситкина Евгения Владимировна
_____ (подпись)

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
1. АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ ПО ТЕМЕ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	6
1.1 Понятие психосоматики в клинической психологии	6
1.1 Дисфункция височно-нижнечелюстного сустава	12
1.1.1 Бруксизм как симптом ДВНЧС	19
1.2.2 Эмоциональные и личностные особенности пациентов с ДВНЧС	21
2. МЕТОДЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	27
3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	31
3.1 Описательная статистика	31
3.2 Описание сравнительного анализа	43
3.3 Описание корреляционных связей	48
4. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ	58
ВЫВОДЫ.....	63
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	64
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	66
Приложение 1. Методические рекомендации для пациентов с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава.....	71

ВВЕДЕНИЕ

На сегодняшний день одним из значимых вопросов как ортодонтической стоматологии, так и гнатологии является лечение больных с патологией височно-нижнечелюстных суставов (ВНЧС), а именно – пациентов с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава. Данная патология довольно часто встречается среди стоматологических и гнатологических заболеваний, но, к сожалению, она до сих пор остается не до конца изученной, а выводы по не большому количеству проведенных исследований являются противоречивыми. Описывая этиологию и патогенез ДВНЧС, многие авторы отдают предпочтение окклюзионным нарушениям. Однако, последние исследования показывают, что немаловажную, а, возможно, и первостепенную роль играют психологические факторы в возникновении данного заболевания. С этой точки зрения дисфункцию височно-нижнечелюстного сустава следует изучать как психосоматическое заболевание, которая развивается из-за стресса, эмоционального перенапряжения, депрессии или тревоги. Непосредственно в ходе терапии данной дисфункции необходимо брать во внимание всевозможные факторы, однако, нередко психологические факторы настолько сильное оказывают воздействие на динамику заболевания, что окклюзионные факторы становятся второстепенными.

В настоящее время специалисты и исследователи стали обращать свое внимание на то, что ДВНЧС имеет непростую и комплексную этиологию, а также на крайнюю необходимость мультидисциплинарного подхода к терапии дисфункции ВНЧС.

Актуальность выбранной темы исследования обуславливается тем, что несмотря на довольно высокие достижения в диагностике и лечении ДВНЧС, в настоящее время остается большое количество противоречий и вопросов, касательно определения главенствующих факторов, влияющих на возникновение данной патологии. Исследование по данной теме существенно повысит качество научных разработок в данной отрасли знаний, а также

способствует повышению эффективности комплексной реабилитации пациентов с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава. Кроме того, важным является вопрос не только изучения эмоциональных и личностных особенностей пациентов с ДВНЧС, но и определение наиболее эффективных методов диагностики и коррекции их психологического состояния.

В ходе исследования были выдвинуты следующие **гипотезы**:

Гипотеза 1. У пациентов с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава высокий уровень выраженности невротических расстройств;

Гипотеза 2. У пациентов с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава схожие эмоционально-личностные особенности с пациентами психосоматического профиля.

Цель исследования – изучение эмоциональных и личностных особенностей пациентов с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава.

Для реализации поставленной цели были использованы следующие **задачи**:

1. Оценить уровень алекситимии, степень выраженности невротических состояний, тревоги и депрессии;
2. Оценить субъективное восприятие боли и уровень стрессоустойчивости;
3. Исследовать личностные особенности и их особенности социального взаимодействия;
4. Определить взаимосвязь уровня алекситимии с уровнем выраженности невротических расстройств;
5. Сравнить эмоционально-личностные особенности пациентов с алекситимией и без нее;
6. Сравнить эмоционально-личностные особенности пациентов ДВНЧС с алекситимией с пациентами, имеющими психосоматические заболевания.

Объектом исследования в данной работе являются пациенты с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава.

Предмет исследования: эмоциональные и личностные особенности пациентов с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава.

К примененным **методам** относится психодиагностический экспериментальный метод. В качестве инструментария были использованы следующие **методики**:

1. Торонтская алекситимическая шкала, TAS-26;
2. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний (К.К. Яхин, Д.М. Менделевич);
3. Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS;
4. Сокращенный многофакторный опросник для исследования личности (СМОЛ);
5. Опросник боли Макгилла;
6. Диагностика межличностных отношений Т.Лири;
7. Тест на стрессочувствительность (Ю.В.Щербатых).

Теоретическая значимость исследования заключается в расширении представлений об эмоциональных и личностных особенностях пациентов с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава.

Практическая значимость заключается в разработке рекомендаций для пациентов с ДВНЧС, направленных на снятие стресса, болевых ощущения и снижение тревоги.

1. АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ ПО ТЕМЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

1.1 Понятие психосоматики в клинической психологии

Всемирная организация здравоохранения приводит следующие данные – от 38 до 42 % всех пациентов, приходящих на визиты к врачам различного профиля, предъявляют психосоматические симптомы, которые являются причиной их соматических жалоб. Психосоматическое направление в психологии изучает и учитывает все многообразие причин, которые могли привести к болезни, особое внимание оно уделяет психологическим и психосоциальным факторам.

В современных представлениях психосоматические расстройства понимаются, как симптомы и синдромы нарушения соматической сферы, то есть различных органов и систем организма, детерминированные индивидуально-психологическими особенностями человека и связанные с его реакциями на стресс, способами проработки внутриличностных конфликтов, стереотипами поведения (Менделевич В.Д., 2001).

Говоря о классификации психосоматических заболеваний или расстройств, обычно выделяют следующие (Малкина-Пых И.Г., 2017):

- Конверсионные симптомы. Симптомы в данном случае имеют характер символа внутреннего конфликта, их выражение обычно представляет собой путь разрешения конфликтного переживания. Страдают органы чувств, произвольная моторика, например, могут возникать болевые ощущения, истерические параличи, психогенная слепота, рвота и т.д.;
- Функциональные синдромы. При данном варианте обычно присутствуют множественное число пестрых жалоб на различные нарушения в сердечно-сосудистой, дыхательной, мочеполовой системах, желудочно-кишечном тракте, однако, они все не имеют под собой (либо они минимальны) какой-либо органической основы или

морфологических изменений. В данном случае отдельный соматический симптом не имеет под собой какого-то специфического значения, а является лишь неспецифическим следствием нарушений какой-либо телесной функции;

- Психосоматозы. Здесь выделяют истинные психосоматические заболевания, в частности, Чикагскую семерку – бронхиальная
- язва, язвенный колит, эссенциальная гипертония, нейродермит, ревматоидный артрит, язва двенадцатиперстной кишки и гипертиреоз, кроме того, в последнее время к ним добавили онкологию и диабет. В этой группе заболеваний ядром является первостепенная реакция тела на внутренний конфликт, однако, в данной категории уже имеются органическая основа, морфологические изменения и патологии в органах и тканях.

Определить патогенез психосоматических расстройств можно через следующие критерии:

1. Наличие общей наследственной предрасположенности к соматическим нарушениям;
2. Наличие специфической наследственной предрасположенности к психосоматическим заболеваниям;
3. Разнообразные нарушения деятельности центральной нервной системы;
4. Характеристика психологических и физиологических условий личности в течение произошедшей психотравмирующей ситуации;
5. Комплексом неблагоприятных социальных, экономических, семейных факторов;
6. Качеством психотравмирующей ситуации в целом.

Описывая кратко патогенез формирования психосоматического заболевания, чаще всего предлагают следующий механизм: присутствие у личности склонности к расстройству в деятельности определенного органа, в литературе его называют «орган-мишень», располагает внешние стресс-

факторы к накоплению эмоционального напряжения, которое включает в работу вегетативную нервную систему и нейроэндокринные изменения. Нарушается скорость и направленность нейрогуморальной передачи, затем формируются нарушения кровоснабжения, а после этого возникают патологические изменения в работе органа. В самом начале нарушения могут иметь лишь функциональный характер и есть возможность их исправить, но при длительном воздействии и хронизации стрессовых факторов нарушения формируют под собой уже органическую основу, различные изменения в органах и тканях.

Звеньями, которые связывают соматическую и психологическую сферы, могут являться разнообразные эмоциональные реакции, проявляющиеся в виде подавленности, длительного беспокойства, фобических реакций и изменений в вегетатике. В целом, возникновение психосоматического заболевания можно рассматривать как торможение, то есть ситуация, во время которой психомоторные или внешние тревожные, агрессивные признаки настолько блокируются, что сигналы, идущие в ЦНС, перенаправляются в соматические отделения через вегетативную нервную систему, образуя тем самым морфологические изменения в системах органов и тканях.

К психосоматическим заболеваниям относят такие расстройства здоровья, этиология которых является соматизацией какого-либо конфликта без актуализации психологической защиты. Таким образом, ограждая психическое здоровье, нарушается соматическое.

Ядерным компонентом любого психосоматического переживания во всех случаях будет являться орган-мишень, являющимся в наиболее высокой степени ранимым, лично-значимым и ценным для деятельности организма, по субъективному мнению, самой личности. Процесс выбора, какой орган станет мишенью, характеризуется типом приспособительных механизмов, которые и несут ответственность за эффект повреждения по мере увеличения дезадаптации в стрессовых ситуациях. Специалистами говорится о наличии определенного личностного радикала, то есть таких личностных

особенностей, которые могут приводить к заболеванию. Он обычно формируется в детском или подростковом возрасте.

Личность, которая находится в гармоничных отношениях с собой и с окружающим миром, способна преодолеть экстремальные психические и соматические нагрузки, не вступая в болезнь. К сожалению, в нашей жизни могут происходить такие личностные проблемы, которые нарушают психологическое благополучие и вызывают сильную фиксацию, что в специфических жизненных ситуациях могут приводить к различным негативным эмоциям, страхам, беспокойству. В таких непростых жизненных моментах психосоматические больные часто выражают эмоциональную подавленность и не могут верно оценить и описать свое состояние.

В научной литературе существует большое количество теорий и концепций возникновения психосоматических заболеваний. Мы назовем основные из них – начало было положено характерологически ориентированными направлениями и типологиями личности (Гиппократ, Гален, Э.Кречмер, Ф. Донбар, Фридман), которые связывали возникновение психосоматических расстройств с определенным типом темперамента, характера или типа личности. Дальнейшую научную основу для психосоматики заложил З. Фрейд (Freud Z., 1984), предложивший конверсионную модель, которая объясняла психосоматику через вытесненные из сознания социально неприемлемые эмоции, чувства, влечения, выражающиеся в виде символического соматического ответа.

Первопроходцем в современной психосоматике считают Ф. Александера (Alexander P., 1943), в своей концепции он предположил, что симптомы вегетативного невроза являются не способом выражения подавленной эмоции, а физиологическим сопровождением определенных эмоциональных состояний.

Выдвинутая Sifneos (Sifneos P. E., 1996; 1973) концепция алекситимии – неспособности к выражению и пониманию собственных переживаний, эмоций, ощущений, невозможности человека быть в контакте со своим

внутренним миром, предполагает то, что личности с определенным психическим складом (конкретное мышление, трудности с воображением, неспособность осознавать свои и чужие эмоции) имеют предрасположенность к возникновению психосоматических заболеваний.

Кроме вышеперечисленных, также существуют различные нейрофизиологические, психоэндокринные, кортико-висцеральные теории, теория стресса и интегративные модели. В своей работе мы будем в большей степени опираться на биопсихосоциальную модель, которая принята почти всем научным сообществом. Биопсихосоциальная модель в контексте психосоматических заболеваний говорит о том, что на возникновение психосоматических заболеваний могут оказывать влияние биологические факторы (наследственность, анатомические, физиологические, биохимические факторы), психологические (мышление, поведение, эмоции копинг-стратегии, личностные особенности) и социальные (семейные, трудовые, культурные, экономические факторы). Согласно данной модели, заболевание нужно всегда рассматривать и изучать в совокупности всех этих факторов, а не только какого-либо одного, чтобы не упустить все звенья цепи психосоматического расстройства.

Внешними психогенными этиологическими предпосылками для возникновения психосоматического заболевания могут являться различные личностные особенности, межличностные отношения, психологические травмы – многочисленные факторы, поддерживающие негативное эмоциональное состояние:

- Внутрличностный конфликт: противоречие между желаниями и возможностями, обязанностями и потребностями, такой конфликт чаще всего является бессознательным;
- Травмирующий опыт: психосоматические симптомы могут выражать результат различных травмирующих ситуаций из прошлого;
- Вторичная выгода: соматические симптомы могут образовываться при неосознаваемом желании личности быть в состоянии болезни, такое

состояние может им обеспечивать различные выгоды – внимание и проявление заботы от окружающих, различные поблажки и т. д.;

- Внушение: если какая-либо информация о болезни будет впитываться без критического оценивания, может сработать механизм внушения или самовнушения, который может также вызывать различные психосоматические проявления;
- Личностные особенности: обычно с психосоматическими заболеваниями связывают такие личностные черты, как инфантильность, неверие в себя, интровертированность, проблемы с самооценкой, зависимость от мнения окружающих. Основой для возникновения расстройств в данном случае становятся превалирование негативных эмоций, аффективное напряжение, отсутствие адаптивных навыков совладания со стрессом и межличностного взаимодействия;
- Самонаказание: иногда случается так, что психосоматические симптомы появляются на почве чувства вины, стыда, нелюбви к себе, подобная подсознательная аутоагрессия на телесном уровне может снижать напряжения на эмоциональном.

Говоря о клинической картине при психосоматических заболеваниях, трудно выделить несколько главных, их может быть многочисленное множество. Пациенты обычно предъявляют жалобы на расстройство функционирования отдельных органов, систем или могут предъявлять полисистемные симптомы. Довольно часто присутствуют болевые ощущения разной локализации (головная, суставная, мышечная, за грудиной). Однако инструментальные исследования часто не находят органическую почву для них, в то время как некоторые пациенты могут отследить, что возникновение боли часто происходит при стрессе, эмоциональном напряжении, конфликтных ситуациях. Другими частыми симптомами являются учащенное сердцебиение, головокружения, одышка, озноб, повышенная потливость, диарея, запор, быстрая утомляемость, слабость и другие.

При отсутствии психотерапии психосоматические заболевания будут развиваться также, как и их соматические аналоги. Функциональные нарушения будут эволюционировать в патологические органические изменения в органах и тканях. В конечном итоге, будет нарушаться качество жизни таких пациентов, ограничиваться физическая и социальная активность, появится постоянная потребность в симптоматических препаратах (обезболивающих, гипотензивных и тд), которые не смогут решить истинную проблему. Больные будут становиться зависимыми от окружающих, нуждаться в уходе и помощи в быту.

1.1 Дисфункция височно-нижнечелюстного сустава

Под дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава (ДВНЧС) понимается гетерогенное расстройство, имеющее многофакторную этиологию, следствие которой является нарушение баланса между суставным диском, суставной капсулой, а также мышцами, которые участвуют в акте жевания (Орлова О.Р., Коновалова З.Н., Алексеева А.Ю. и др., 2017) . Она может сопровождаться возникновением болей различной этиологии, щелканьем в суставе, недостаточностью объема движений нижней челюсти, чувством заложенности уха, болезненными ощущениями в ушах, а также в других лицевых областях (глаза, нос, ротовая полость, шея).

Распространенность данного расстройства довольно высока, по данным Американского национального института стоматологических и краниофациальных исследований, она колеблется от 5% до 12% среди всего населения с преобладанием среди женской популяции (Rajan R., Sun Y-M., 2017). Кроме того, данная патология весьма распространена среди молодого возраста (Широкова А.В., Мотиль Л.Н., Ниамб Д.Н., Новожилова Н.Е., 2019). По данным Потапова В.П. в возрастной категории 19-25 лет почти половина популяции имеет как минимум один критерий дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, 18% из них имеют 3-4 патологических признака

(Потапов В.П., 2010). В другом исследовании пришли к выводу, что распространенность данной дисфункции значительно выше среди молодого населения (7,3% – 30,4%), чем среди пациентов, которые старше 46 лет (15,6% – 16,2%) (Lai YC, Yap AU, Türp JC., 2019).

Впервые связь между нарушениями в височно-нижнечелюстном суставе и болевыми ощущениями в околоушной области выделил и описал Дж. Костен в 1934 г. (Costen J.V., 1934). Синдром Костена впоследствии получал разные названия – «щелкающая челюсть», дисфункция нижней челюсти, миоартропатия ВНЧС, миофасциальный болевой дисфункциональный синдром, миофасциальная прозопалгия, дисфункция височно-нижнечелюстного сустава (ДВНЧС), и болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава (БДВНЧС), которая в настоящее время заняла свое место в МКБ – 10 под кодом K07.60 (Гордеева И.Е., 2019).

Этиология ДВНЧС может быть довольно сложной, комплексной, редко можно выделить один конкретный фактор, который повлиял на возникновение патологии. Однако, специалистами принято выделять следующие основные причины дисфункции ВНЧС – это могут быть разнообразные дефекты зубного ряда, то есть окклюзионные причины, которые выражаются в неправильном положении зубов, их наличием или отсутствием, а также в патологии зубов. С течением времени данные дефекты детерминируют нарушение координированной работы жевательных мышц, которые отвечают за движение нижней челюсти и работы височно-нижнечелюстного сустава. Соответственно, из-за нарушений работы жевательных мышц, нарушается, могут возникать патологические изменения в работе нижней челюсти – ее движения и положения. Нарушение движения нижней челюсти влекут за собой изменения в форме суставного диска и суставных поверхностях (Семкин В.А., Рабухина Н.А., 2000).

Помимо этого, на появление дисфункции височно-нижнечелюстного сустава могут повлиять (Probolezny.ru):

- Разнообразные изменения психического состояния (неврозы, тревога, стресс) и вегетативной нервной системы (нарушение сердечного ритма или артериального давления) (Силантьева Е.Н., 2012);
- Патологически гипертонус мышц жевательной группы (парафункции);
- Высокая травмированность в суставной или челюстной области;
- При неверном или некачественном протезировании, на сустав могут оказываться одноразовые или многочисленные травмирующие влияния;
- Травматическая окклюзия (дисфункциональное состояние смыкания зубных рядов) по причине болезни пародонта;
- Неверное терапевтическое лечение (некорректная постановка пломб);
- Несвоевременное протезирования после потери или удаления постоянных зубов.

Всех пациентов с дисфункцией ВНЧС можно разделить на три группы (Harrison A.L., Thorp J.N., Ritzline P.D., 2016):

1. С расстройством мышц, которые участвуют непосредственно в жевании;
2. Со смещением суставного диска (с его редукцией или без нее);
3. С патологией сустава (арталгия, остеоартрит, остеоартроз).

Симптомы ДВНЧС носят самый разнообразный и многочисленный характер. Нередко пациенты проходят через десятки специалистов (неврологи, стоматологи, лор-терапевты, остеопаты и тд), пока не оказываются на приеме у гнатологов или ортодонтотв. Это происходит по причине того, что заболевание может иметь довольно сильный разброс по симптомам, которые могут показывать картину других патологий.

Самым первым симптомом, на который обращают внимание пациенты, является щелканье в суставе при открывании-закрывании рта. Этот симптом может не сопровождаться болевыми ощущениями, однако является первым признаком ДВНЧС. Если говорить о классической симптоматике дисфункции

ВНЧС, то обычно она представляет собой следующую триаду симптомов: звук щелканья в области сустава, недостаточность движений нижней челюсти (рот открывается меньше и с сопротивлением), а также болевые ощущения в лицевой области.

На сегодняшний день диагностическими критериями дисфункции височно-нижнечелюстного сустава называются следующие группы симптомов (An-dental.ru):

1. Звуковые феномены в ВНЧС. Щелчки в суставе, появляющиеся во время открывания, закрывания рта, зевания или жевания. Иногда такие звуки могут быть слышны другим людям, но они не всегда сопровождаются болевыми ощущениями. Среди прочих шумовых явлений пациенты могут обнаруживать хруст, звук песка, хлопков в ухе.
2. Блокирование ВНЧС. Может происходить как бы «заклинивание» или «запирание» сустава, которое характеризуется неравномерными движениями челюсти при открывании рта. Для того, чтобы широко открыть рот, пациенту необходимо найти оптимальное положение челюсти, сделать ею движения в разные стороны, найдя точку опоры, где сустав «расщелкивает».
3. Болевой синдром. При ДВНЧС может обнаруживаться болевые ощущения в триггерных точках: жевательных, височной, подъязычной, шейных, крыловидной, грудино-ключично-сосцевидной, трапециевидной мышцах. Часто встречается также лицевая боль (прозопалгия), головные боли, боль в ушах, зубная боль, ощущение давления и боли в глазах и за глазами. Кроме того, болевой синдром при данной дисфункции может быть схожим с такими заболеваниями, как невралгия тройничного нерва, шейный остеохондроз, артрит ВНЧС, отит и другие заболевания. Что сильно осложняет дифференциальную диагностику заболевания.

4. Другие симптомы. Помимо вышеописанных симптомов, могут иметь место нарушения сна, головокружения, депрессивные состояния, бруксизм, шум или звон в ушах, глоссалгия, парестезии, храп, апноэ во сне и т.д.

Кроме того, подозрения на дисфункцию ВНЧС вызывают:

- Боли в жевательных мышцах различного характера (локальный или разлитой);
- Рефлекторное сжатие челюстей (при несбалансированной постановки съемного протеза или во время стрессовых ситуаций);
- Гипертонус жевательных мышц;
- Бруксизм (скрежетание зубами);
- Быстрая утомляемость мышц при жевании.

Также хотелось бы упомянуть, что в последнее десятилетие довольно большое внимание уделяется дисфункции височно-нижнечелюстного сустава как коморбидному расстройству при головной боли. В исследованиях показана высокая распространенность ДВНЧС среди пациентов с различными формами первичных цефалгий – 67,1%, еще чаще у пациентов с эпизодической – 87% и хронической – 91% мигренью (Goncalves M.C., Lidiane L.F., Thais C.C. et al., 2013)ю

Боли при ДВНЧС могут быть постоянного и ноющего характера, что обычно говорит о развитии синдрома Костена, который представляет собой миофасциальную боль в околоушной области. Боль при дисфункции височно-нижнечелюстного сустава разделяет по происхождению и выделяют:

- Мышечную (миогенную) боль – встречается у 20% пациентов;
- Суставную (артрогенную) боль – встречается у 80% пациентов (Семкин В.А., Рабухова Н.А., Волков С.И., 2011).

Болевой синдром в области лица и полости рта («орфациальная боль») часто сопровождается полиморфной клинической картиной, отличается полиэтиологичностью, многофакторностью, что объективно осложняет определение причин его возникновения. Лицевая область имеет довольно

богатую иннервацию, причиной боли в этой зоне может стать большое количество разных структур.

В 2019 г. была выпущена первая версия Международной классификации орфациальной боли 1,0-бета, в которой описаны и упорядочены все известные на данный момент виды боли в лице (International Classification of Orofacial Pain, ICOP, 2019). В классификации выделено шесть основных видов боли, в числе которых орфациальная боль, связанная с заболеваниями ВНЧС. Среди неврологических причин орфациальной боли (разделы классификации 2-6) самой распространенной является болевая форма дисфункции ВНЧС. Болевые ощущения в лицевой области, связанные с патологией височно-нижнечелюстного сустава, встречаются у 19 – 26% взрослого населения, стоит отметить, что у женщин она встречается в 1,5 раза чаще, чем у мужчин, а максимальная встречаемость наблюдается обычно в молодом возрасте (Slade GD, Ohrbach R, Greenspan JD, Fillingim RB, Bair E, Sanders AE, Dubner R, Diatchenko L, Meloto CB, Smith S, Maixner W., 2016). Помимо этого, ДВНЧС называют одним из трех наиболее часто встречаемых видов хронической боли вместе с головной болью и болью в спине (Dworkin S.F., 2011).

В классификации ICOP описано два подтипа болевой формы ДВНЧС (Онопа Е.Н., 2005):

1. Орфациальная боль, связанная с дисфункцией мышц. В данном случае источником боли служат мышцы жевательной группы (жевательные, крыловидные, височные);
2. Орфациальная боль, связанная с заболеванием височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС). Боль исходит из структур самого сустава.

В ситуации острой боли при ДВНЧС, часто боль может возникать от действия различных провокаторов (например, после травмы или длительного лечения у стоматолога), однако симптомы исчезает со временем самостоятельно. В ситуации же хронической боли боль теряет связь с

провокаторами, становится независимой от жевания, открывания рта и волновать пациента в течение всего дня.

Говоря об этиологии болевого синдрома при ДВНЧС, на первом месте раньше выделялись окклюзионные нарушения. Однако, в последнее время данная роль окклюзии считается спорной, а нарушения прикуса рассматриваются как вспомогательные факторы. Иницирующие факторы, которые приводят к появлению болезненных симптомов, чаще всего связаны с травмами или чрезмерной нагрузкой жевательной системы. Поддерживающими факторами могут являться (Chisnoiu AM, Picos AM, Popa S, Chisnoiu PD, Lascu L., Picos A., Chisnoiu R., 2015):

- Поведенческие (сжатие челюстей, бруксизм, неправильное положение головы и шеи);
- Социальные (могут оказывать влияние на восприятие боли);
- Эмоциональные (депрессивные и тревожные состояния);
- Когнитивные (катастрофизация).

В настоящий момент считается, что окклюзионный фактор объясняет только 10–20% этиологии ДВНЧС. Кроме того, именно не трение, а чрезмерно сильное сжатие зубов (бруксизм) оказывается наиболее негативным фактором для функционирования ВНЧС и близлежащих мышц. Таким образом, бруксизм, в частности, дневной может являться причиной острой миофасциальной боли при ДВНЧС.

Лечение дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. Часто препаратами первого выбора для купирования острой боли являются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), однако при хронизации болевых ощущений их использование должно быть минимизировано. Для снятия именно мышечной, а не суставной боли, могут назначаться различные препараты миорелаксанты центрального действия. Кроме того, при хроническом протекании ДВНЧС возможно назначение amitriptilina в малых дозах (Латышева Н.В., Филатова Е.Г., Данилов А.Б., 2019).

Со стороны ортодонтии для терапии дисфункции ВНЧС могут изготавливаться различные миорелаксирующие каппы на твердых или мягких шинах. Однако, данные об их эффективности вызывает споры в научном сообществе и могут быть связаны с эффектом плацебо. При неправильном прикусе или положении челюсти может назначаться постановка брекет-системы, различные накладки на зубные ряды. В особо тяжелых случаях прибегают и к хирургическим вмешательствам.

В последнее время специалистами стал часто использоваться как метод лечения ДВНЧС, а также дневного и ночного бруксизма ботулотоксин типа А (БТА). Данная терапия не только позволяет достигнуть длительного эффекта расслабления жевательных мышц, снятия боли, но и временной ремиссии артралгии и бруксизма.

Пациентам с данной патологией всегда должна оказываться комплексная помощь со стороны разных смежных специалистов. Важно оценивать и понимать психологический и психиатрический статус пациента, работа с психотерапевтом нередко ускоряет и значительно повышает качество лечения ДВНЧС. Кроме того, таких пациентов часто направляют на прием к остеопатам, массажистам, на различные лечебные профилактические процедуры. Исходя из этого, можно сделать вывод о том, что психологический аспект терапии ДВНЧС не менее важен, чем стоматологический, а в некоторых случаях может играть решающую роль.

1.1.1 Бруксизм как симптом ДВНЧС

Бруксизм является заболеванием, которое характеризуется непреднамеренным сжиманием челюстей, также могут присутствовать скрежетание или трение зубных рядов, которые несут за собой патологическое влияние и отличаются от типичной жевательной работы нижней челюсти (Lurie O., Zadik Y., Einy S. et al., 2007). Принято выделять два типа бруксизма: дневной и ночной. Дневной бруксизм (ДБ) проявляется полупроизвольными

сжимающими движениями из-за воздействия тревоги и стресса в дневное время, когда человек бодрствует; ночной же бруксизм (НБ) характеризуется нарушением оромандибулярной области (мышцы около рта, нижняя челюсть), которое возникает во время сна (Ella B., Ghoraveb I., Burbaud P., et al., 2016).

Бруксизм может являться как самостоятельным заболеванием, так и симптомом дисфункции ВНЧС. Чрезмерная нагрузка челюстно-лицевой системы бруксизмом может нести за собой пагубные последствия и для жевательной области. Нередко у пациентов с бруксизмом присутствуют недостаточность подвижности нижней челюсти, высокая стираемость зубного ряда, зубная и головная боль, различные проблемы эстетического характера («квадратная форма челюсти»). Кроме того, бруксизм является одним из основных этиологических факторов ДВНЧС, он статистически чаще выявляется у пациентов с дисфункцией ВНЧС, чем без нее (Berger M., Szalewski L., Szkutnil J. et al., 2017).

Диагноз «Бруксизм» является клиническим, для его постановки во время осмотра пациента должны обнаруживаться признаки дисфункции или гипертрофии жевательных мышц, болевые ощущения при пальпации в области височно-нижнечелюстного сустава или жевательных мышц, изменение формы овала лица, различные повреждения зубов.

Основными симптомами бруксизма являются:

- Скрип, звуки скрежетания зубов в ночное время;
- Болезненные ощущения в зубах или в жевательных мышцах в утреннее время после пробуждения или во время досуга;
- Болевой синдром в челюстях, височной или шейной областях неизвестного происхождения;
- Гиперчувствительность зубов к холодному и горячему.

Причины возникновения бруксизма до сих пор мало изучены, однако специалисты выдвигают следующие основные теории:

1. Психологическая теория: различные эмоциональные негативные переживания, стрессы, перегрузки, перенапряжения, частые

аффективные сложные состояния, вызывающие непроизвольные мышечные сокращения и скрежет зубами. Бруксизм часто называют «болезнью бизнесменов», так как они часто подвергаются психоэмоциональным нагрузкам;

2. Неврогенная теория: нарушения работы центральной и периферической нервной системы, бруксизм часто сочетается с нарушением сна, тремором, энурезом, эпилепсией;
3. Стоматологическая теория: говорит о том, что бруксизм связан с разнообразными патологиями в строении и функционировании зубочелюстной системы, например, неправильный прикус, аномалии зубов, некачественные зубные протезы, плохое лечение зубов, артроз или артрит ВНЧС и т.д.
4. Остеопатическая теория: родовые травмы, остеохондроз шейного отдела позвоночника, неправильная осанка и др.

Часто, под влиянием стрессовых факторов, пациенты начинают непроизвольно чрезмерно сильно сжимать челюсти, от чего у них появляется бруксизм, то есть стираемость зубов, болезненные ощущение и гипертонус жевательных мышц. Гипертонус жевательных может влиять на функционирование височно-нижнечелюстного сустава, ставя его в неверное положение, а также вызывать болезненные ощущения, в конечном итоге развивается ДВНЧС.

1.2.2 Эмоциональные и личностные особенности пациентов с ДВНЧС

Анализируя научную литературу, можно проследить четкую линию в эволюции мнений и взглядов на причины возникновения, патогенез и терапию дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. Начиная с чисто механистического подхода (синдром Costen), далее различные психологические и психофизиологические теории Колумбийской и Чикагской научных школ, заканчивая актуальными представлениями о данной патологии на последнее время – биопсихосоциальная концепция и рассмотрение

расстройств функции ВНЧС как хронических болевых расстройств. Кроме того, синдром ДВНЧС также часто рассматривается и как психосоматическое или психофизиологическое нарушение, которое может детерминироваться вследствие стресс-факторов или тревожно-мнительного состояния (Онопа Е.Н., 2005).

Симптомы ДВНЧС, по мнению исследователей, могут быть связаны с изменениями в эмоциональной сфере, депрессией и синдромами беспокойства (Fujij T., 1999; Phanachet I., Murray G.M., 2000). Изучая типологию функциональных нарушений височно-нижнечелюстного сочленения, М. Еуа'Ане предположил, что этиологические факторы развития, данной патологии могут быть найдены внутри личности (Еуа'Ане М., 2001). Как при симптомах бруксизма, так и при дисфункции ВНЧС можно условно выделить два типа личности таких пациентов:

1. Личности, отличающиеся сильной волевой направленностью, всегда стремятся преодолеть страхи, выражение эмоций для них обычно не является проблемой. Сжатие челюстей и зубного ряда является защитной реакцией, элементом борьбы. Такой тип личности может отличаться чрезмерной раздражительностью и враждебностью. Нередко у данного типа пациентов болевой синдром отсутствует даже при полной потере зубов или большой деформации костных элементов сустава.
2. Личности замкнутые, терпеливые, довольно скрытные, обычно держат все свои переживания, слезы, обиды, злость и гнев внутри в силу своих личностных особенностей или из-за неспособности выразить свои негативные эмоции.

Чаще всего болевой синдром присутствует в ярко выраженной форме у лиц беспокойных, вспыльчивых, с явными признаками психастении (Жулев Е.Н., Вельмакина И.В., 2015). Г.К.Караков, Э.Э. Хачатурян, А.Э. Саргисян, Темирболатова А.Х., (2014) в своем исследовании обнаружили, что пациенты

с ДВНЧС отличаются следующими психологическими особенностями (Караков Г.К., Хачатурян Э.Э., Саргисян А.Э. Темирболатова А.Х., 2014):

- Склонность к депрессиям и неврозам;
- Неспособность адекватно реагировать на стрессовые ситуации;
- Высокий уровень алекситимии;
- Склонность к подавлению негативного аффекта;
- Невротический сверхконтроль аффективных реакций;
- Неспособность к асертивному поведению;
- Более высокий уровень социальной фрустрированности.

Болевой синдром и связанный с дисфункцией ВНЧС эмоциональный стресс часто могут приводить к тревоге, проявляющейся в непроизвольном сокращении жевательных мышц и скрежетанием зубов (бруксизм). Это еще сильнее ухудшает симптомы дисфункции и носит под собой название в литературе как цикл «тревога–боль–напряжение». Данная концепция объясняет множество корреляций между тревожностью–депрессией и ДВНЧС с симптомами бруксизма (Lurie O., Zadik Y., Einy S. et al., 2007). Тревожность может являться как предрасполагающим фактором, так и оказывать влияние на восприятие боли в том числе: тревожные пациенты чаще уделяют внимание болевым ощущениями, тем самым повышая их интенсивность.

Исследователями была выдвинута концепция повышенной бдительности у пациентов с хронической болью при дисфункции ВНЧС. Так, например, некоторые пациенты характеризуются повышенным вниманием к внутренним болевым ощущениям и демонстрируют гиперреактивность на различные внешние стимулы. Данная перцептивная привычка приводит к тому, что пациенты с болью должны показывать пониженный порог и степень толерантности к болевым ощущениям. Концепция объясняет идею о том, что психосоциальные факторы играют одну из важнейших ролей в предрасположенности и сохранении измененного типа восприятия боли. Такие пациенты вместе с повышенной чувствительностью к внутренним и внешним стимулам, согласно данной концепции, воспринимают и

приписывают свои симптомы физическим, а не психическим или психосоциальным факторам, и часто имеют стиль преодоления стресса, который включает в себя катастрофизацию (Rollman GB, Gillespie JM, 2000).

Описывая результаты своего исследования, Трезубов В.Н. и Мицкевич И.И. выяснили, что у 85,1% больных ДВНЧС выявляется высокий уровень тревожности, у 36,2% значительное повышение нейротизма, а 12% пациентов отличаются наличием выраженных депрессивных тенденций (Трезубов В.Н, Мицкевич И.И., 1996). В другом исследовании В.Н. Трезубов и Е.А. Булычева обнаружили, что для данной группы больных характерны пограничные психические расстройства, разнообразные приспособительные реакции и акцентуации характера (Трезубов В.Н, Булычева Е.А., 2001). У пациентов при обследовании с помощью ММРІ часто наблюдаются высокие показатели по истерии (Hu), депрессии (D) и ипохондрии (Hs), причем показатели увеличиваются с тяжестью симптомов, приводя к заострению этих черт.

В исследовании Е.Н Онопа (2005) был выделен ведущий тип отношения к болезни у пациентов с ДВНЧС – сенситивный, то есть такие пациенты характеризуются чрезмерной озабоченностью возможными неблагоприятными впечатлениями, которые могут оказать на окружающих сведения об их болезни. Также был обнаружен высокий уровень реактивной и личностной тревожности (Онопа Е.Н., 2005).

Исследователями также было отмечено крайне незначительно влияние окклюзионных параметров на возникновение бруксизма, и на ДВНЧС как следствие, однако проведенная оценка психопатологических свойств показала наличие достоверной связи между бруксизмом и тревожностью, депрессивными и маниакальными тенденциями, в том числе был обнаружен высокий уровень чувствительности к стрессам (Боско М., Ланди Н., Манфредини Д., 2005).

Стресс в целом, по данным литературных источников, является одним из самых распространенных этиологических факторов функциональных расстройств жевательной системы. Более половины таких пациентов

пребывают в ситуации хронического стресса. Периодический стресс тоже может вызывать симптомы бруксизма ДВНЧС: их частота у студентов во время сессии увеличивается на 5-7%. У пациентов с дисфункцией ВНЧС вероятно отсутствуют адекватные навыки преодоления стресса на физиологическом уровне (Анохина А.В., Яхин К.К., Сайфулина А.Р., Силанатъева Е.Н., Абзалова С.Л., 2021). Профессии, связанные с постоянным стрессом и высокой ответственностью, также повышают риск возникновения данной патологии, например, бруксизмом страдают 69% военных лётчиков, но только 27% офицеров (Lurie O., Zadik Y., Einy S. et al., 2007).

Депрессивное состояние нередко сопровождает пациентов с ДВНЧС, распространённость депрессии в популяции больных с хронической болью при ДВНЧС колеблется в 30–54% (Banks SM, Kerns RD, 1996). Была обнаружена достоверная корреляция критериев дисфункции ВНЧС с различными расстройствами настроения, страхом открытых пространств и скопления людей, расстройствами сна (Manfredini D., Bandettini PA, Cantini E., Dell'osso L., Bosco M., 2004).

Боль и стресс, которые вызваны ДВНЧС оказывают непосредственное негативное воздействие как на физиологическое и психоэмоциональное самочувствие, так и на качество жизни человека, что снижает социальную, физическую активность, эмоциональное и когнитивное равновесие, ухудшается качество сна. Все эти факторы в той или иной мере могут негативно воздействовать на приверженность пациентов с ДВНЧС к терапии.

Важным подтверждением психофизической теории причин возникновения дисфункции ВНЧС может являться тот факт, что применение психотерапии качественно снижает значимость предшествующих психологических травмирующих ситуаций, смягчает выраженность психической дезадаптации, предотвращает начало патологической реакции на лечение и повышает эффективность взаимодействия врача с пациентом (Montgomery G.T., Rugh J.D., 1990).

В заключение хотелось бы отметить, что мультифакторное лечение с применением психотерапевтической коррекцией и психофармакотерапией, начатое больными на стадии функционального расстройства, способствует предотвращению развития органической патологии височно-нижнечелюстного сустава. Понимание психологических особенностей пациентов, своевременное вовлечение в терапию психолога и назначение адекватных психотерапевтических мероприятий позволяют ускорить процесс выздоровления пациентов с ДВНЧС, а также вернуть былое качество жизни.

2. МЕТОДЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

В ходе исследования были выдвинуты следующие **гипотезы**:

Гипотеза 1. У пациентов с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава высокий уровень выраженности невротических расстройств;

Гипотеза 2. У пациентов с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава схожие эмоционально-личностные особенности с пациентами психосоматического профиля.

Цель исследования – изучение эмоциональных и личностных особенностей пациентов с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава.

Для реализации поставленной цели были использованы следующие **задачи**:

1. Оценить уровень алекситимии, степень выраженности невротических состояний, тревоги и депрессии;
2. Оценить субъективное восприятие боли и уровень стрессоустойчивости;
3. Исследовать личностные особенности и особенности социального взаимодействия;
4. Определить взаимосвязь уровня алекситимии с уровнем выраженности невротических расстройств;
5. Сравнить эмоционально-личностные особенности пациентов с алекситимией и без нее;
6. Сравнить эмоционально-личностные особенности пациентов ДВНЧС с алекситимией с пациентами, имеющими психосоматические заболевания.

Описание плана исследования

В рамках исследования было обследовано 38 человек, из которых 5 мужчин и 33 женщины, средний возраст которых 27 ± 2 года. Выборка была разделена на 2 группы: 1 группа – 18 пациентов с диагнозом дисфункция височно-нижнечелюстного сустава, имеющие признаки алекситимии; 2 группа – 20 пациентов с диагнозом дисфункция височно-нижнечелюстного

сустава, без признаков алекситимии. Исследование проходило на базе частной клиники гнатологии, ортодонтии и протезирования «My Ort» в г. Санкт-Петербург. Критериями включения в исследование были – возраст от 18 до 50 лет, согласие на участие в исследовании, отсутствие сопутствующих патологий.

Кроме того, было обследовано 24 пациента с психосоматическими заболеваниями в качестве группы сравнения. Выборка для группы сравнения набиралась на базе Психосоматического отделения №2 СПбГБУЗ «Введенская клиническая больница».

Для диагностики наличия или отсутствия алекситимии у респондентов был использован клинический опросник – Торонтская шкала алекситимии, TAS-26 (Адаптация: Д. Б. Ересько, Г. Л. Исурина, Е. В. Кайдановская, 2005). Данный опросник предназначен для оценки личностной характеристики, а именно – алекситимии, которая выражается в понижении или неспособности распознавать, дифференцировать и выражать эмоциональные переживания и телесные ощущения. В данный термин нередко включают сниженную эмоциональную чувствительность по отношению к окружающим людям, а также низкую эмоциональную вовлеченность в каждодневных делах. Опросник включает в себя 26 вопросов и имеет одну основную шкалу, которая показывает отсутствие, возможное наличие и явную алекситимию.

Для обнаружения и оценки невротических состояний был использован «Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний» (К.К. Яхин, Д.М. Менделевич, 1978). Данный опросник используется для диагностирования и оценки уровня выраженности различных невротических симптомов, к которым относятся: тревожность, депрессивность, астенические состояния, истеричность, различные фобии и навязчивые состояния. Опросник содержит в себе 68 вопросов, отвечая на которые обследуемый производит оценку своего состояния по пятибалльной шкале. Результаты ответов распределяются по шести шкалам – тревога, невротическая

депрессия, астения, истерический тип реагирования, обсессивно-фобические нарушения, вегетативные нарушения.

Для выявления наличия тревоги или депрессии была использована Госпитальная шкала тревоги HADS (Zigmond, AS; Snaith, RP, 1983). Данная методика разработана для первичного выявления депрессии и тревоги в условиях общей медицинской практики. Шкала HADS помогает врачу лучше понять состояние эмоционального фона больного и его самочувствие. Первая часть опросника оценивает уровень тревоги, а вторая оценивает уровень депрессии. Испытуемому предлагается выбрать и отметить такой ответ, который соответствует его состоянию за последнюю неделю.

Для изучения особенностей субъективного ощущения боли у респондентов был использован «Опросник боли Макгилла» (Melzack, Ronald; Raja, Srinivasa N, 2005). Данный опросник был разработан в Университете Макгилла Мелзаком и Торгерсоном в 1971 году, он представляет собой шкалу оценки боли, которая имеет вид самоотчета и позволяет испытуемым дать более четкое описание качества и интенсивности болевых ощущений, которые они испытывают. Испытуемым предлагается список из 78 слов в 20 разделах, которые каким-то образом связаны с болью. Все слова поделены на 2 компонента боли – сенсорный и аффективный, а также уровень интенсивности болевых ощущений. Предлагается выбрать наиболее подходящее описание испытываемых болевых ощущений.

Для диагностики уровня стрессоустойчивости был использован «Тест на стрессочувствительность», Ю. В. Щербатых (2005). Данная методика оценивает как общий уровень стрессочувствительности, так и его отдельные компоненты: Обстоятельства, Усложнение, Психосоматика, Деструктивное преодоление и Конструктивное преодоление. Чем выше показатели данного теста, тем ниже стрессоустойчивость человека.

Для диагностики личностных особенностей был использован «Сокращенный многофакторный опросник личности», СМОЛ (Kincannon, J.C., 1968). Данный опросник представляет собой сокращенную версию MMPI,

содержит в себе 71 вопрос, одиннадцать шкал, из которых три – оценочные, измеряют степень искренности испытуемого, достоверности результатов обследования и степень коррекции, которую необходимо добавлять из-за осторожности испытуемого. Остальные же восемь шкал оценивают базисные личностные свойства такие, как ипохондрия (Hs), депрессия (D), истерия (Hy), психопатия (Pd), паранойяльность (Pa), психастения (Pt), шизоидность (Se), гипомания (Ma).

Для диагностики межличностных отношений был использован опросник «Диагностика межличностных отношений Т.Лири» (Leary T., 1957). Данный опросник позволяет исследовать основные представления человека о себе, а также определить преобладающий тип отношений с окружающими людьми. Опросник включает в себя 128 оценочных утверждений, испытуемому предлагается выбрать те утверждения, которые, по его мнению, характеризует его самого, далее при обработке результатов подсчитываются количество выбранных утверждений для каждого из восьми типов отношений, строится психограмма. Всего выделяется восемь типов отношений: Авторитарный, Эгоистичный, Агрессивный, Подозрительный, Подчиняемый, Зависимый, Дружелюбный, Альтруистический. А кроме того, подсчитывается индекс «доминирования/дружелюбия».

Полученные данные были статистически обработаны с использованием программ STATISTICA 7 и Excel.

3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

3.1 Описательная статистика

Все пациенты, принявшие участие в исследовании, имели симптомы дисфункции височно-нижнечелюстного сустава.

Таблица 1. Распределение ответов на вопросы биографического опросника

Семейный статус	Образование	Дети	«есть» – 16%, «нет» – 84%
«в отношениях» – 42%	«высшее» – 87%	Удовлетворенность семейными отношениями	«удовлетворен» – 71% «не удовлетворен» – 29%
«в поиске» – 24%	«среднее» – 8%	Удовлетворённость работой	«удовлетворен» – 84% «не удовлетворен» – 16%
«холост» – 18%	«средне-специальное» – 5%	Наличие друга, которому можно полностью доверять	«есть» – 84%, «нет» – 16%
«замужем» – 16%	«ученая степень» – 0%	Наличие хобби	«есть» – 87%, «нет» – 13%

По результатам биографического опросника было выяснено, что из всей выборки 42% респондентов находятся «в отношениях», 24% «в поиске», 18% «холост» и 16% «замужем»; только у 16% респондентов есть дети.

По уровню образования выборка распределилась следующим образом – 87% имеют высшее образование, 8% имеют среднее образование, 5% имеют средне-специальное образование и 0% имеют ученую степень.

Во всей выборке только 84% удовлетворены своей рабочей деятельностью, 71% удовлетворены своими семейными отношениями.

На вопрос «Есть ли у Вас друг, которому вы можете полностью доверять?», положительно ответили 84% из всей выборки.

На вопрос «Есть ли у Вас Хобби?», положительно ответили 87% из всей выборки (см. табл. 1).

Ответы на вопрос по поводу изменения физического состояния или состояния здоровья за последние несколько лет распределились следующим образом – 58% всей выборки отметили, что состояние здоровья за последние несколько лет «пожалуй, ухудшилось», 24% отметили «в общем, стабильно» и 13% всей выборки отметили, что их здоровье улучшилось (Рис.1)



Рисунок 1. Распределение ответов на вопрос: «Последние несколько лет Ваше физическое состояние и состояние Вашего здоровья?»

Ответы на вопрос о продолжительности сна у респондентов распределились следующим образом – 55% респондентов имеют продолжительность сна около 6-7 часов, 32% респондентов имеют продолжительность сна около 8-9 часов, 8% спят по 10 часов и 5% респондентов имеют продолжительность сна 4-5 часов (Рис.2) .



Рисунок 2. Распределение ответов на вопрос о продолжительности сна

По результатам опроса было выявлено, что 66% из всей выборки употребляют алкоголь, 29% курит и 68% из всей выборки имеет регулярные физические нагрузки.

Кроме того, стресс в повседневной жизни испытывают обследуемые со следующей частотой – 34% респондентов испытывают стресс в последнее время чаще обычного, 32% испытывают стресс редко, 31% из всей выборки испытывают стресс постоянно и у 3% стресса вообще нет (Рис.3).

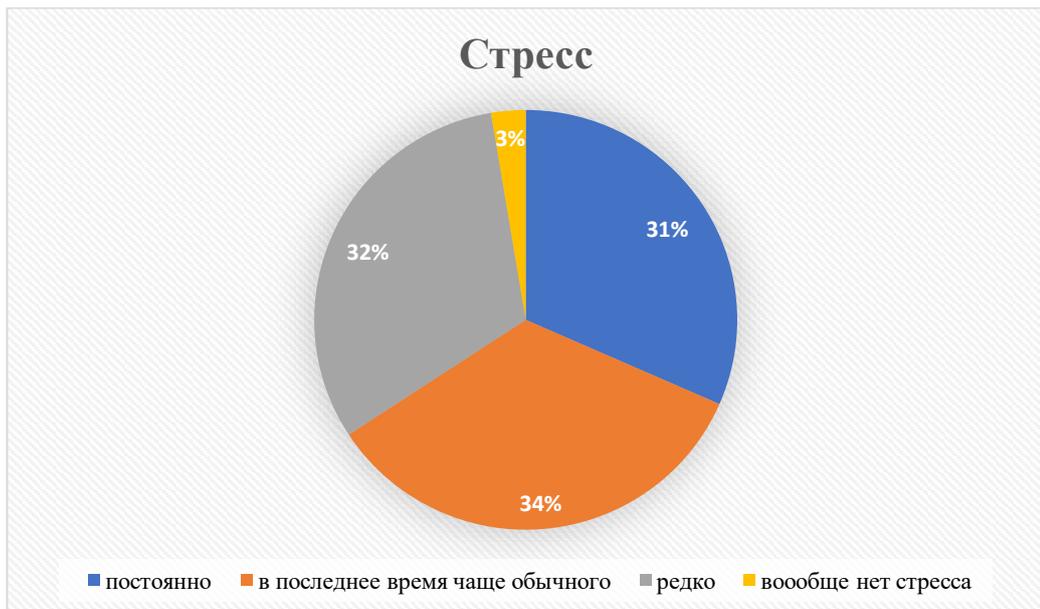


Рисунок 3. Распределение ответов на вопрос:
«Как Вы считаете, часто ли Вы испытываете стресс в повседневной жизни?»

На вопрос о регулярности посещения врача респонденты ответили следующим образом – 55% опрошенных посещает врача по необходимости, только когда что-то беспокоит, 18% посещает врача раз в полгода, 13% из всей выборки посещает врача раз в несколько месяцев, 11% посещает врача раз в месяц и 3% респондентов посещает врача раз в год (Рис.4).

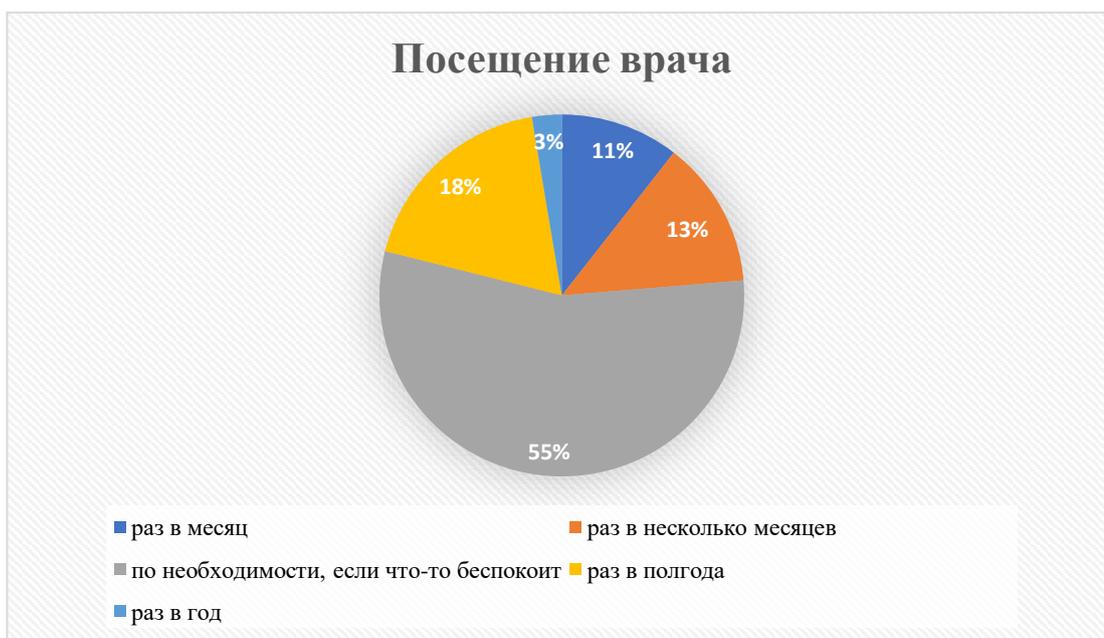


Рисунок 4. Распределение ответов на вопрос:
«Как часто Вы посещаете врача?»

На момент обследования примерно у 32% респондентов присутствовали болезненные ощущения в суставе, однако средние значения по выраженности болевых ощущений во всей выборки составили 0,68, что соответствует показателям слабой боли.

При подсчете средних значений показателей уровня алекситимии по опроснику «Торонтская шкала алекситимии» (TAS-26) было выявлено, что во всей выборке средние значения уровня алекситимии составляют 63,00, что соответствует показателям возможного наличия алекситимии. Однако, данные показатели имеют довольно большое стандартное отклонение (до 9,71), что свидетельствует о повышенном разбросе индивидуальных значений (см. табл. 2).

Таблица 2. Средние значения показателей выраженности уровня алекситимии по опроснику TAS - 26

Шкала	Ср.знач.
TAS-26	63,00±9,71

При подсчете средних значений показателей уровня выраженности невротических расстройств по опроснику «Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний» было выявлено, что наиболее низкие значения (чем ниже значения в данном опроснике, тем более выраженное расстройство) во всей выборке наблюдаются по шкале «Невротическая депрессия» – -0,95 (норма от +1,28), что не говорит о болезненном характере расстройства, однако соответствует неустойчивой психической адаптации (Рис.4).

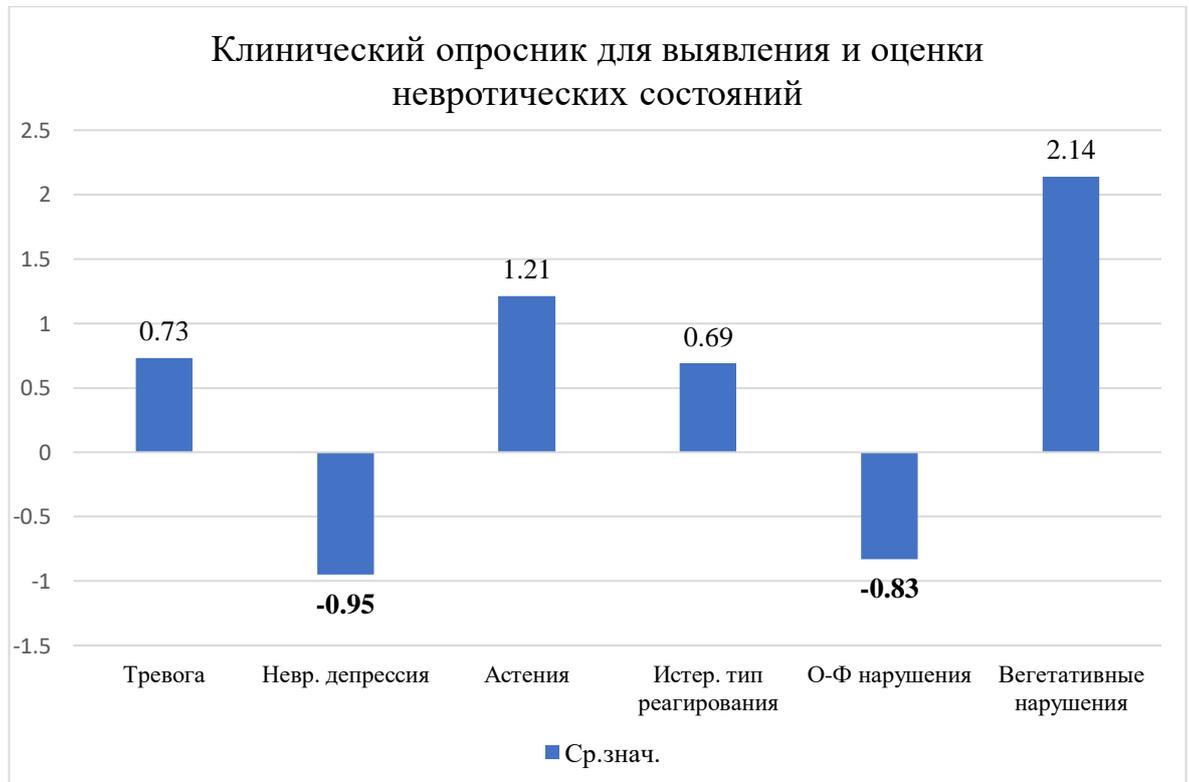


Рисунок 5. Средние значения показателей невротических расстройств по опроснику «Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний»

Кроме того, по шкале «Обсессивно-Фобические нарушения» было выявлено понижение показателей: $-0,83$ (норма от $+1,28$), что также соответствует показателям неустойчивой психической адаптации в данной области. Однако, данные показатели имеют довольно большое стандартное отклонение (до $4,65$ по шкале «Невротическая депрессия», до $3,34$ по шкале «Обсессивно-фобические нарушения»), что свидетельствует о повышенном разбросе индивидуальных значений. То есть некоторые респонденты могут иметь данные невротические расстройства в выраженной степени, а некоторые могут не иметь вообще (Рис.4).

При подсчете средних значений во всей выборке показателей наличия тревоги или депрессии по шкале HADS было выявлено, что в данной группе наблюдается повышение показателей по шкале «Тревога», ($8,82$ – субклинически выраженная тревога при норме $0-7$), а показатели по шкале «Депрессия» ($4,97$ при норме $0-7$) находятся в пределах нормы (Рис.5).

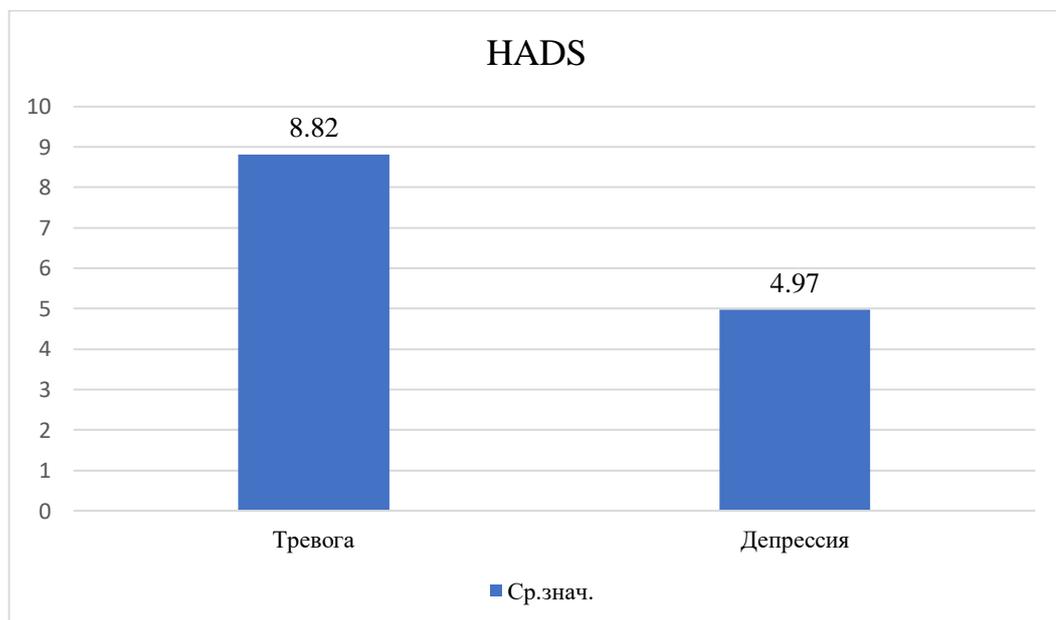


Рисунок 6. Средние значения показателей наличия тревоги и депрессии по методике HADS

В то же время, данные показатели имеют довольно большое стандартное отклонение (до $3,07$ по шкале «Депрессия», и до $3,52$ по шкале «Тревога»), что

свидетельствует о повышенном разбросе индивидуальных значений. То есть некоторые респонденты имеют повышенную тревогу и депрессию, а некоторые в пределах нормы (Рис. 5).

Были проанализированы полученные результаты по опроснику «Опросник боли Макгилла», данные представлены в таблице 3.

Таблица 3. Средние значения показателей субъективного ощущения боли по опроснику «Опросник боли Макгилла»

Шкала	Ср.знач.
Индекс числа выбранных дескрипторов (сенсорный фактор)	7,47±4,52
Индекс числа выбранных дескрипторов (эмоциональный фактор)	4,13±2,16
Ранговый индекс боли (сенсорный фактор)	15,08±10,68
Ранговый индекс боли (эмоциональный фактор)	7,34±4,47
Оценочный фактор	1,79±0,99

При подсчете средних значений во всей выборке показателей субъективного ощущения боли по опроснику «Опросник боли Макгилла» было выявлено, что по индексу числа выбранных ответов (ИЧВД) средние значения по сенсорному фактору – 7,47 (максимальное число выборов – 13), а средние значения по эмоциональному – 4,13 (максимальное число выборов – 6). По ранговому индексу боли (РИБ) средние значения по сенсорному фактору – 15,08, а по эмоциональному – 7,34. Кроме того, по оценочному фактору средние значения 1,79, что соответствует показателям оценивания на уровне умеренной боли (см.табл.3).

При подсчете наиболее часто выбираемых дескрипторов боли было выявлено, что в блоке сенсорного фактора наиболее часто выбираемые

дескрипторы боли – «тянущая» (23 выборов), «ноющая» (22 выборов) и «сводящая» (17 выборов). В блоке эмоционального фактора наиболее часто выбираемые дескрипторы оказались – «обессиливает» (27 выборов), «изматывает» (23 выбора) и «вызывает чувство тревоги» (20 выборов) (Рис.7).

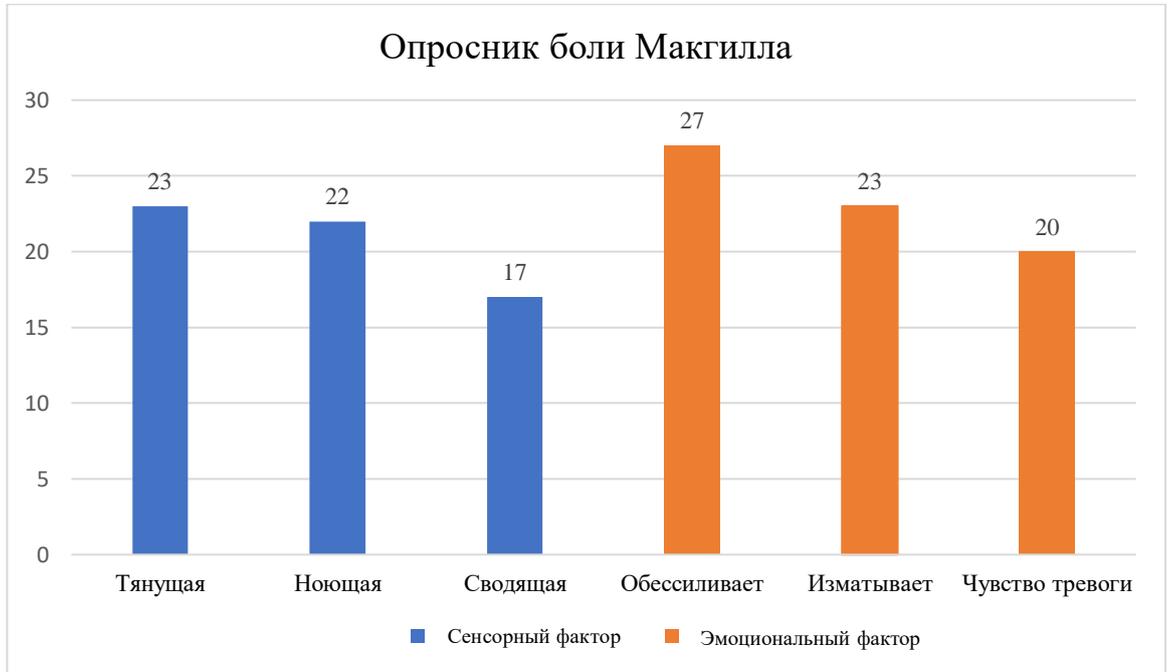


Рисунок 7. Наиболее часто выбираемые дескрипторы боли по опроснику «Опросник боли Макгилла»

При подсчете средних значений во всей выборке показателей общего уровня стрессоустойчивости по опроснику «Тест на стрессочувствительность» Ю. В. Щербатых было выявлено, что во всей выборке средние значения базового показателя стрессочувствительности составляют 93,0, что соответствует нормативным показателям, а средние значения исходного показателя стрессочувствительности составляют 80,63, что также соответствует нормативным показателям. Стандартные отклонения по данным показателям составляют до 21,02 и до 41,08 соответственно, что говорит о высоком разбросе данных (см. табл.4).

Таблица 4. Средние значения показателей общего уровня стрессочувствительности по опроснику «Тест на стрессочувствительность»

Шкала	Ср. знач.
Базовый показатель стрессочувствительности (БПС)	93,0±21,02
Итоговый показатель стрессочувствительности (ИПС)	80,63±41,08

Кроме того, было установлено, что наиболее высокие средние значения наблюдаются по шкалам «Обстоятельства» (26,42 – средний уровень) и «Усложнение» (26,21 – высокий уровень). Стандартные отклонения по данным шкалам составляют до 9,15 и до 6,53 соответственно, что говорит о повышенном разбросе данных (Рис.8).



Рисунок 8. Средние значения показателей стрессочувствительности по опроснику «Тест на стрессочувствительность»

При подсчете средних значений во всей выборке показателей личностных свойств по опроснику СМОЛ было выявлено, что наиболее

высокие средние значения наблюдаются по шкалам – «Гипомания» (50,76), «Психастения» (50,32) и «Депрессия» (49,92), во всех трех шкалах показатели средних значений соответствуют среднему уровню. Стандартные отклонения по данным шкалам составляют до 10,30, до 12,85 и до 10,66 соответственно, что говорит о повышенном разбросе данных (см.табл.5).

Таблица 5. Средние значения показателей личностных свойств по опроснику СМОЛ

Шкала	Ср.знач.
Ипохондрия (Hs)	40,92±13,80
Депрессия (D)	49,32±10,66
Истерия (Hy)	43,97±12,87
Психопатия (Pd)	46,84±14,84
Паранойяльность (Pa)	46,00±10,82
Психастения (Pt)	50,32±12,85
Шизоидность (Sc)	42,63±13,76
Гипомания (Ma)	50,76±10,30
Ложь (L)	45,95±6,39
Достоверность (F)	47,26±11,13
Коррекция (K)	47,13±9,67

При подсчете средних значений во всей выборке показателей межличностных отношений по опроснику «Диагностика межличностных отношений Т.Лири» было выявлено, что наиболее высокие показатели средних значений наблюдаются по следующим октантам – «Авторитарный» (6,05), «Альтруистический» (5,89) и «Дружелюбный» (5,68), все показатели находятся на уровне адаптивного поведения (умеренный уровень выраженности). Стандартные отклонения по данным шкалам составляют до

3,32, до 3,6 и до 3,06 соответственно, что говорит о повышенном разбросе данных (Рис.9).

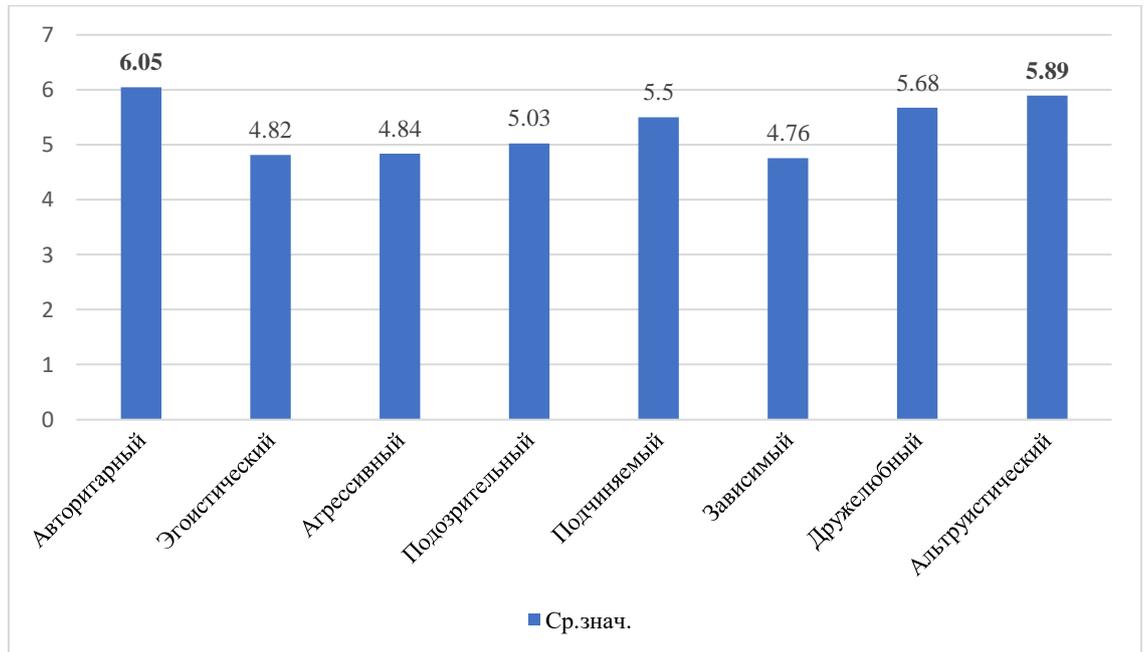


Рисунок 9. Средние значения показателей октант по опроснику «Диагностика межличностных отношений Т.Лири»

Кроме того, было обнаружено, что в данной выборке преобладают средние значения показателей по индексу «Доминирование» (3,42), в то время как средние значение по индексу «Дружелюбие» составляют (3,39).

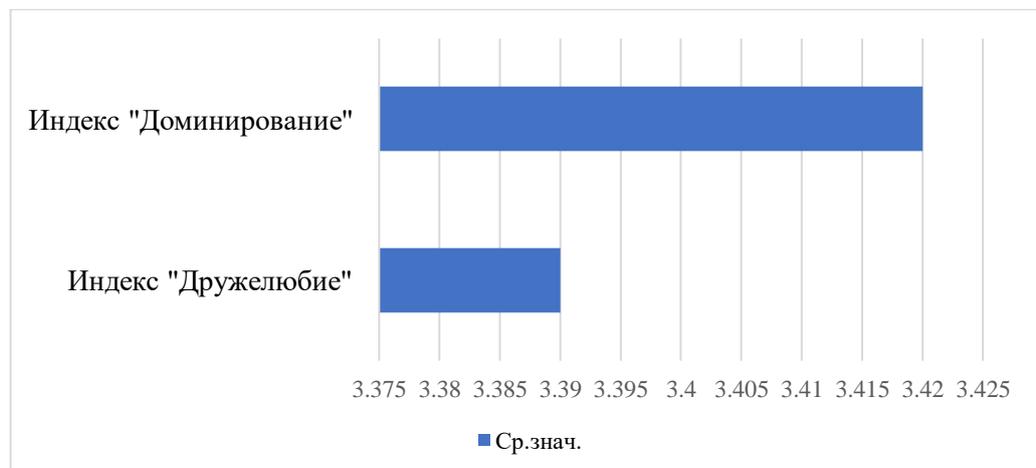


Рисунок 10. Средние значения показателей основных индексов по опроснику «Диагностика межличностных отношений Т.Лири»

Однако, данные показатели имеют довольно большое стандартное отклонение (до 27,03 по индексу «Доминирование», и до 9,05 по индексу «Дружелюбие»), что свидетельствует о повышенном разбросе индивидуальных значений. То есть некоторые респонденты имеют высокий индекс «Дружелюбие», а у некоторых преобладает индекс «Доминирование» (Рис.10).

Таким образом было выявлено, что большая часть респондентов в данной выборке испытывает стресс чаще обычного, имеет повышенный уровень алекситимии, склонность к невротической депрессии, тревоги и обсессивно-фобическим нарушениям. Уровень стрессоустойчивости у респондентов пределах нормы, однако они склонны излишне все усложнять и слишком остро реагировать на внешние обстоятельства.

Говоря о личностных особенностях респондентов в данной выборке, можно выделить два основных личностных типа: 1 – энергичный, активный, раздражительный, 2 – нерешительный, тревожный, мнительный. Говоря о межличностных отношениях у респондентов в данной выборке, можно также выделить два основных типа: 1 – Авторитарный, доминантный, авторитетный, склонен всех направлять и наставлять, 2 – Альтруистический, гиперответственный, ориентирован на социальное одобрение.

3.2 Описание сравнительного анализа

Перед проведением статистической обработки данных была сделана проверка полученного распределения данных на нормальность по критерию Шапиро-Уилка. По результатам проверки данные отличаются от нормального распределения, дальнейшая статистическая обработка была проведена с помощью непараметрических критериев.

Для сравнения группы 1 (наличие алекситимии) и группы 2 (отсутствие алекситимии), а также установления достоверности их различий была проведена статистическая обработка полученных данных с помощью критерия Манна-Уитни (см. табл. 6).

Таблица 6. Достоверность различий показателей группы 1 и группы 2

Шкала	Ср. знач. Показателей в группе 1. (n=18)	Ср. знач. Показателей в группе 2. (n=20)	Достоверность различий ($p \leq 0,05$)
TAS-26	70,94	54,45	(0,00)
Невротическая депрессия	-2,64	0,58	(0,01)
Депрессия (D)	53,67	45,4	(0,00)
Истерия (Hy)	48,67	39,75	(0,03)
Психастения (Pt)	54,17	46,85	(0,03)
Авторитарный	5,06	6,95	(0,03)
Базовый показатель стрессочувствительности	103,11	83,9	(0,00)
Итоговый показатель стрессочувствительности	104,28	59,35	(0,00)
Усложнение	29,17	23,55	(0,00)
Деструктивное преодоление	22,44	17,05	(0,02)
Тревога	10,44	7,35	(0,00)

По критерию Манна-Уитни статистически значимые различия были обнаружены по уровню алекситимии – в группе 1 (алекситимия) по средним значениям показателей было выявлено возможное наличие алекситимии,

тогда как в группе 2 (отсутствие алекситимии) средние значения показателей уровня алекситимии в пределах нормы.

В опроснике «Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний» по шкале «Невротическая депрессия» – в группе 1 средние значения показателей уровня выраженности невротической депрессии находятся в зоне расстройств, тогда как средние значения показателей уровня выраженности невротической депрессии в группе 2 находятся в зоне неустойчивой адаптации.

В опроснике СМОЛ средние значения показателей шкал (D), (Hy) и (Pt) в группе 1 выше, чем средние значения показателей по данным шкалам в группе 2.

В опроснике «Диагностика межличностных отношений Т. Лири» по октанте «Авторитарный» – средние значения достоверно выше в группе 2, чем в группе 1.

По опроснику «Тест на стрессочувствительность» по шкале БПС по средним значениям показателей в группе 1 была выявлена повышенная чувствительность к стрессу, тогда как в группе 2 базовый показатель стрессочувствительности находится в пределах нормы; по шкале ИПС по средним значениям показателей в группе 1 была выявлена повышенная чувствительность к стрессу, тогда как в группе 2 итоговый показатель стрессочувствительности находится в пределах нормы; по шкале «Усложнение» средние значения показателей в группе 1 находятся на высоком уровне, тогда как данные показатели в группе 2 находятся на среднем уровне выраженности; по шкале «Деструктивное преодоление» средние значения показателей в группе 1 находятся на границе нормы и повышенного уровня выраженности, тогда как данные показатели в группе 2 находятся в пределах нормы.

В госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS по уровню тревоги в группе 1 была выявлена субклинически выраженная тревога, тогда как в

группе 2 средние значения показателей по данной шкале находятся в пределах нормы.

С целью определения, возможно ли включить ДВНЧС в разряд психосоматических заболеваний, был проведен сравнительный анализ пациентов с ДВНЧС с признаками алекситимии (группа 1) с пациентами, имеющими диагноз психосоматическое расстройство (группа 3). Статистическая обработка полученных данных была проведена с помощью критерия Манна-Уитни (см. табл. 7).

Таблица 7. Достоверность различий показателей группы 1 и группы 3

Шкала	Ср. знач. Показателей в группе 1. (n=18)	Ср. знач. Показателей в группе 3. (n=24)	Достоверность различий ($p \leq 0,05$)
Тревога	-0,51	-2,58	(0,04)
Невротическая депрессия	-2,64	-6,51	(0,00)
Астения	0,31	-3,72	(0,00)
Истерический тип реагирования	-0,07	-3,88	(0,00)
Вегетативные нарушения	1,04	-5,91	(0,00)
ИЧВД (сенсорный фактор)	8,11	3,58	(0,00)
РИБ (сенсорный фактор)	17,06	7,33	(0,00)
Ипохондрия (Hs)	44,67	53,67	(0,01)
Депрессия (D)	53,67	61,75	(0,01)
Психастения (Pt)	54,17	61,08	(0,01)
Гипомания (Ma)	53,17	44,92	(0,01)
Психосоматика	22,28	26,08	(0,00)
Депрессия	5,78	8,5	(0,03)

По критерию Манна-Уитни статистически значимые различия были обнаружены в опроснике «Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний» по шкале «Тревога» – в группе 3 (психосоматика) средние значения показателей уровня выраженности тревоги находятся в зоне

расстройств, тогда как средние значения показателей уровня выраженности тревоги в группе 1 (наличие алекситимии) находятся в зоне неустойчивой адаптации; по шкале «Невротическая депрессия» – в обеих группах средние значения показателей уровня выраженности невротической депрессии находятся в зоне расстройств, однако в группе 3 уровень их выраженности в три раза больше, чем в группе 1; по шкале «Астения» – в группе 3 средние значения показателей уровня выраженности астении находятся в зоне расстройств, тогда как средние значения показателей уровня выраженности астении в группе 1 находятся в зоне неустойчивой адаптации; по шкале «Истерический тип реагирования» – в группе 3 средние значения показателей находятся в зоне расстройств, тогда как средние значения в группе 1 находятся в зоне неустойчивой адаптации; по шкале «Вегетативные нарушения» – в группе 3 средние значения показателей уровня выраженности вегетативных нарушений находятся в зоне расстройств, тогда как средние значения показателей уровня выраженности вегетативных расстройств в группе 1 находятся в зоне неустойчивой адаптации.

В опроснике «Опросник боли Макгилла» по индексу числа выбранных ответов (ИЧВД) в сенсорном факторе – в группе 1 средние значения показателей числа выбранных дескрипторов выше, чем в группе 3; по ранговому индексу боли (РИБ) также в сенсорном факторе – в группе 1 средние значения показателей рангового коэффициента боли значительно, по сравнению со средними значениями данных показателей в группе 3.

В опроснике СМОЛ средние значения показателей шкал (Hs), (D), (Pt) в группе 3 выше, чем средние значения показателей по данным шкалам в группе 1. Однако, по шкале «Гипомания» (Ma) средние значения показателей выше в третьей группе.

По опроснику «Тест на стрессочувствительность» по шкале «Психосоматика» средние значения показателей выше в группе 3.

В госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS по уровню Депрессии в группе 3 была выявлена субклинически выраженная депрессия, тогда как в

группе 1 средние значения показателей по данной шкале находятся в пределах нормы.

Несмотря на выявленные различия, пациенты обеих групп не имеют статистически значимые различия в выраженности алекситимии, в стратегиях межличностного взаимодействия, в проявлении обсессивно-фобического компонента, а также в стратегиях реагирования в стрессовых ситуациях.

Кроме того, важно обратить внимание, что при наличии статистически значимых различий по шкалам, характеризующим личность, различается именно степень выраженности таких шкал, как «Ипохондрия (Hy), «Депрессия» (D), «Психастения» (Pt), «Гипомания» (Ma), однако в большей степени профили личности этих пациентов совпадают.

Эти два факта говорят о большей схожести двух исследуемых групп, нежели о их различности.

3.3 Описание корреляционных связей

Для выяснения наличия или отсутствия связей между показателями в общей выборке использовался корреляционный анализ по Спирмену.

По корреляционному анализу Торонтской шкалы алекситимии TAS-26 во всей выборке были обнаружены следующие связи:

1. Статистически достоверная корреляция между уровнем алекситимии и шкалой «Невротическая депрессия» ($r = -0,5$; $p < 0,05$), (Рис. 11);
2. Статистически достоверная корреляция между уровнем алекситимии и шкалой «Астения» ($r = -0,42$; $p < 0,05$), (Рис. 11);
3. Статистически достоверная корреляция уровня алекситимии и шкалой «Ипохондрия» (Hy) ($r = 0,47$; $p < 0,05$), (Рис. 11);
4. Статистически достоверная корреляция уровня алекситимии и шкалой «Депрессия» (D) ($r = 0,56$; $p < 0,05$), (Рис. 11);
5. Статистически достоверная корреляция уровня алекситимии и шкалой «Истерия» (Hs) ($r = 0,4$; $p < 0,05$), (Рис. 11);
6. Статистически достоверная корреляция уровня алекситимии со шкалой «Усложнение» ($r = 0,58$; $p < 0,05$), (Рис. 11);
7. Статистически достоверная корреляция уровня алекситимии со шкалой «Базовый показатель стрессочувствительности» (БПС) ($r = 0,5$; $p < 0,05$), (Рис. 11);
8. Статистически достоверная корреляция уровня алекситимии со шкалой «Итоговый показатель стрессочувствительности» (ИПС) ($r = 0,59$; $p < 0,05$), (Рис. 11);
9. Статистически достоверная корреляция уровня алекситимии со шкалой «Тревога» в госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS ($r = 0,54$; $p < 0,05$), (Рис. 11);

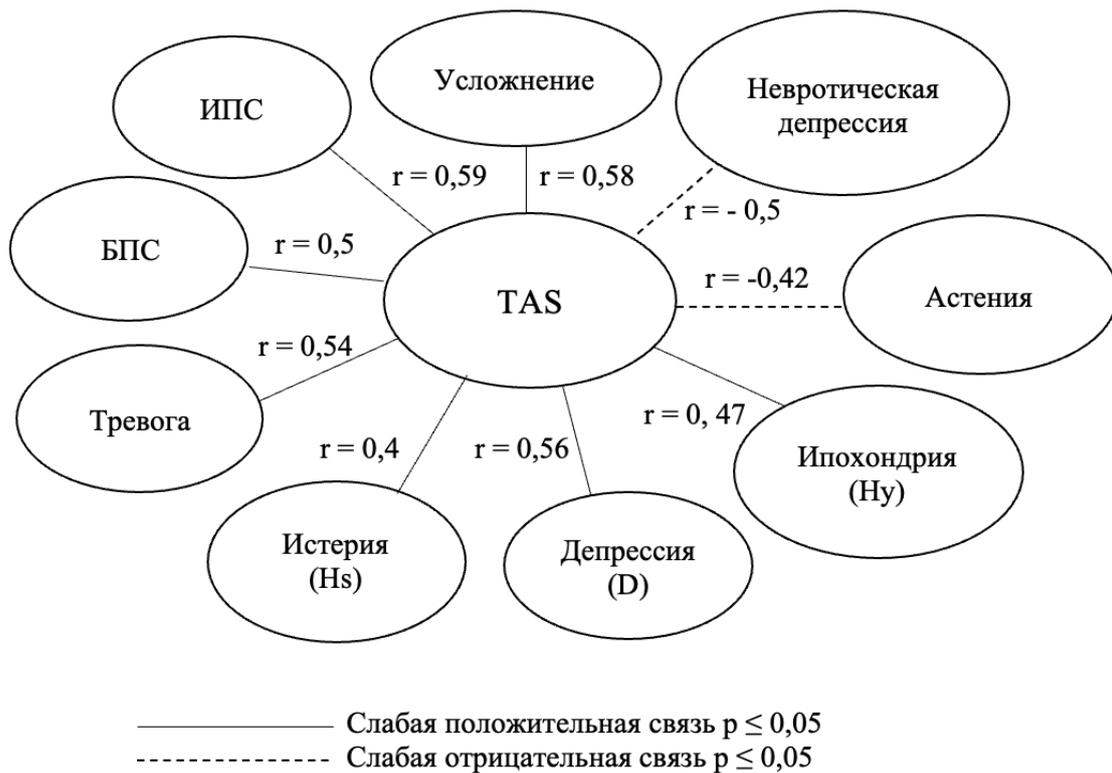


Рисунок 11. Связь уровня алекситимии (TAS-26) со шкалами «Невротическая депрессия», «Ипохондрия», «Депрессия», «Истерия», «Усложнение», «БПС», «ИПС» и «Тревога»

На рисунке 11 показано, что у респондентов в данной выборке уровень алекситимии связан с такими личностными свойствами как «Ипохондрия», «Депрессия» и «Истерия», то есть, чем выше уровень алекситимии, а именно, чем сложнее испытуемым идентифицировать свои чувства, эмоции и телесные ощущения, тем больше они склонны иметь следующие личностные характеристики, как чрезмерное беспокойство и тревога за свое здоровье, склонность к опасениям и тревожным ожиданиям, замкнутость, отстраненность, пессимистичность, а также неосознаваемое стремление вытеснить факторы, вызывающие тревогу, демонстративное подчеркивание соматического неблагополучия.

Кроме того, у респондентов в данной выборке уровень алекситимии имеет отрицательную корреляцию со шкалами «Невротическая депрессия» и «Астения», то есть чем сложнее испытуемым дифференцировать свои чувства

и эмоции, тем они более склонны иметь депрессию невротического характера, повышенную истощаемость, раздражительность, низкую физическую и психическую работоспособность.

Также уровень алекситимии у респондентов в данной выборке связан со шкалами «Усложнение», «Базовый показатель стрессочувствительности», «Итоговый показатель стрессочувствительности», то есть, чем сложнее испытуемым понимать и описывать свои чувства и эмоции, тем более они склонны иметь изначально низкий уровень стрессоустойчивости, не иметь эффективных поведенческих навыков справляться со стрессом, а также все излишне усложнять, тем еще больше самым приводя себя к стрессу.

Чем выше у респондентов уровень тревоги, тем сложнее им идентифицировать и выражать свои чувства, эмоции и телесные ощущения.

По корреляционному анализу опросника «Клинического опросника для выявления и оценки невротических состояний» во всей выборке были обнаружены следующие связи:

1. Статистически достоверная корреляция шкалы «Невротическая депрессия» с ранговым индексом боли в эмоциональном факторе ($r = -0,41$; $p < 0,05$), (Рис.12);
2. Статистически достоверная корреляция шкалы «Невротическая депрессия» со шкалами «Депрессия» (D) ($r = -0,61$; $p < 0,05$), «Ипохондрия» (Hy) ($r = -0,41$; $p < 0,05$), «Психастения» (Pt) ($r = -0,45$; $p < 0,05$), «Паранойяльность» (Pa) ($r = -0,48$; $p < 0,05$), (Рис.12);
3. Статистически достоверная корреляция шкалы «Астения» со шкалами «Депрессия» (D) ($r = -0,72$; $p < 0,05$), «Ипохондрия» (Hy) ($r = -0,61$; $p < 0,05$), «Психастения» (Pt) ($r = -0,58$; $p < 0,05$), (Рис.12);
4. Статистически достоверная корреляция шкалы «Истерический тип реагирования» с ранговым индексом боли в эмоциональном факторе ($r = -0,46$; $p < 0,05$), (Рис.12);

5. Статистически достоверная корреляция шкалы «Истерический тип реагирования» со шкалой «Паранойяльность» (Pa) ($r = -0,42$; $p < 0,05$), (Рис.12);
6. Статистически достоверная корреляция шкалы «Тревога» со шкалой «Депрессия» (D) ($r = -0,6$; $p < 0,05$) и со шкалой «Гипомания» (Ma) ($r = -0,51$; $p < 0,05$), (Рис.13);
7. Статистически достоверная корреляция шкалы «Обсессивно-Фобические нарушения» со шкалами «Депрессия» (D) ($r = -0,53$; $p < 0,05$), «Паранойяльность» (Pa) ($r = -0,4$; $p < 0,05$), «Гипомания» (Ma) ($r = -0,43$; $p < 0,05$), (Рис.13).

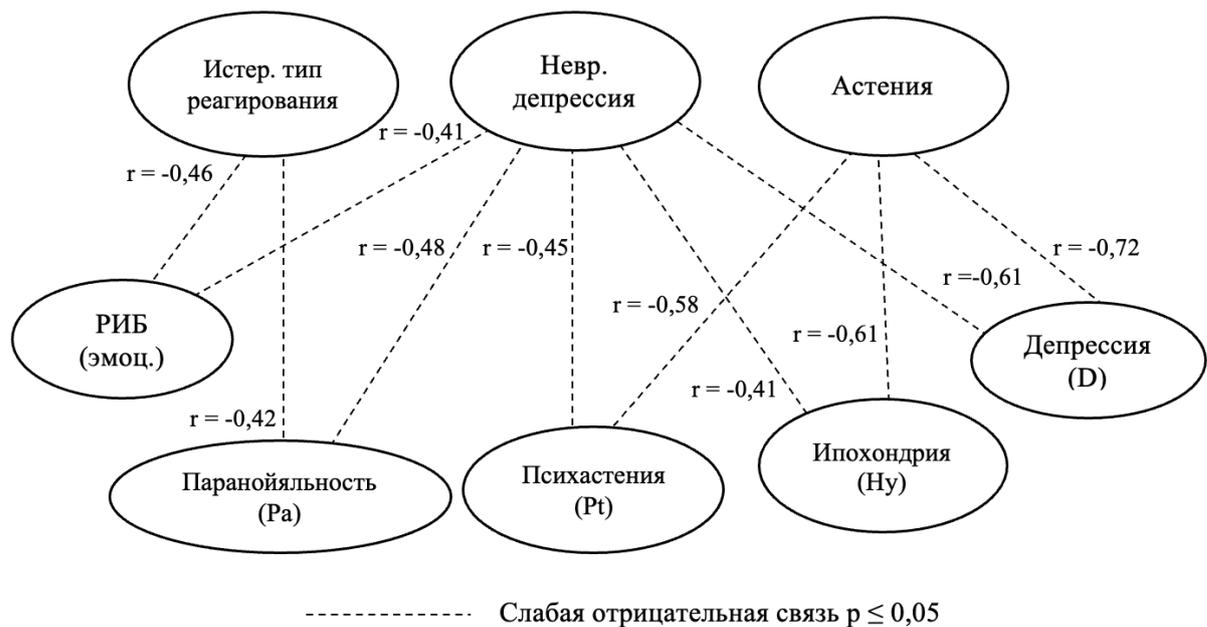


Рисунок 12. Связь шкал «Клинического опросника для выявления и оценки невротических состояний» со шкалами «Депрессия» (D), «Ипохондрия» (Hy), «Психастения» (Pt) и «Паранойяльность» (Pa)

На рисунке 12 показано, что чем выше у респондентов уровень невротической депрессии, тем чаще у них проявляются такие личностные свойства как склонность к опасениям и тревожным ожиданиям, чрезмерное

беспокойство о собственном здоровье, замкнутость, отстраненность, пессимистичность, нерешительность, боязливость, мнительность, недоверчивость, обидчивость, враждебность; а также тем более интенсивные эмоциональные характеристики боли они склонны субъективно ощущать.

Кроме того, чем выше уровень астении у респондентов в данной выборке, тем чаще у них проявляются такие личностные свойства как склонность к опасениям и тревожным ожиданиям, замкнутость, пассивность, инертность, отстраненность, пессимистичность, чрезмерное беспокойство о собственном здоровье.

Чем более ярко у респондентов выражен уровень истерического типа реагирования, тем чаще у них проявляются такие личностные свойства как недоверчивость, обидчивость, враждебность; а также тем более интенсивные эмоциональные характеристики боли они склонны субъективно ощущать.

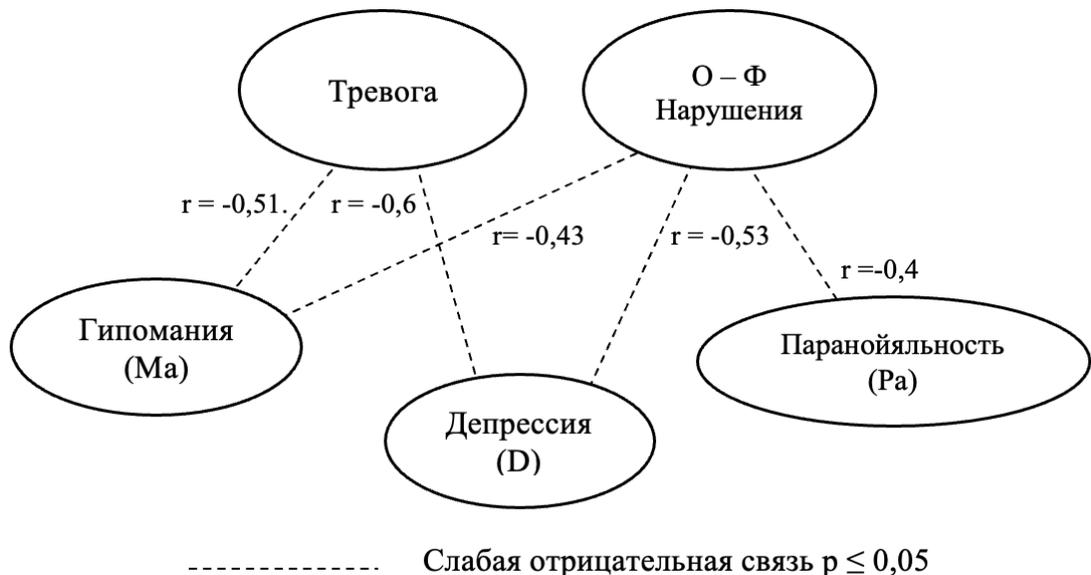


Рисунок 13. Связь шкал «Клинического опросника для выявления и оценки невротических состояний» со шкалами «Депрессия» (D), «Паранойяльность» (Pa) и «Гипомания» (Ma)

На рисунке 13 показано, что чем выше у респондентов в данной выборке уровень тревоги, тем чаще у них проявляются такие личностные свойства как

пассивность, инертность, склонность к астении, либо же – активность, деятельность, энергичность.

В то же время, чем выше у респондентов в данной выборке выражены обсессивно-фобические нарушения, тем чаще у них проявляются такие личностные свойства как недоверчивость, обидчивость, враждебность, пассивность, инертность, склонность к астении, либо же – активность, деятельность, энергичность.

По корреляционному анализу опросника «Диагностика межличностных отношений Т. Лири» во всей выборке были обнаружены следующие связи:

1. Статистически достоверная корреляция октанты «Подозрительный» со шкалой «Депрессия» (D) ($r = 0,49$; $p < 0,05$), (Рис.14);
2. Статистически достоверная корреляция октанты «Подозрительный» со шкалой «Усложнение» ($r = 0,49$; $p < 0,05$), (Рис.14);
3. Статистически достоверная корреляция октанты «Подозрительный» со шкалой «Тревога» (HADS) ($r = 0,5$; $p < 0,05$), (Рис.14);
4. Статистически достоверная корреляция октанты «Подозрительный» со шкалой «Тревога» ($r = -0,4$; $p < 0,05$), (Рис.14);
5. Статистически достоверная корреляция октанты «Подозрительный» со шкалой «Истерический тип реагирования» ($r = -0,45$; $p < 0,05$), (Рис.14);
6. Статистически достоверная корреляция октанты «Подозрительный» со шкалой «Невротическая депрессия» ($r = -0,53$; $p < 0,05$), (Рис.14);
7. Статистически достоверная корреляция октанты «Подозрительный» со шкалой «О–Ф нарушения» ($r = -0,5$; $p < 0,05$), (Рис.14);
8. Статистически достоверная корреляция октанты «Подчиняемый» со шкалой «О–Ф нарушения» ($r = -0,48$; $p < 0,05$), (Рис.14);

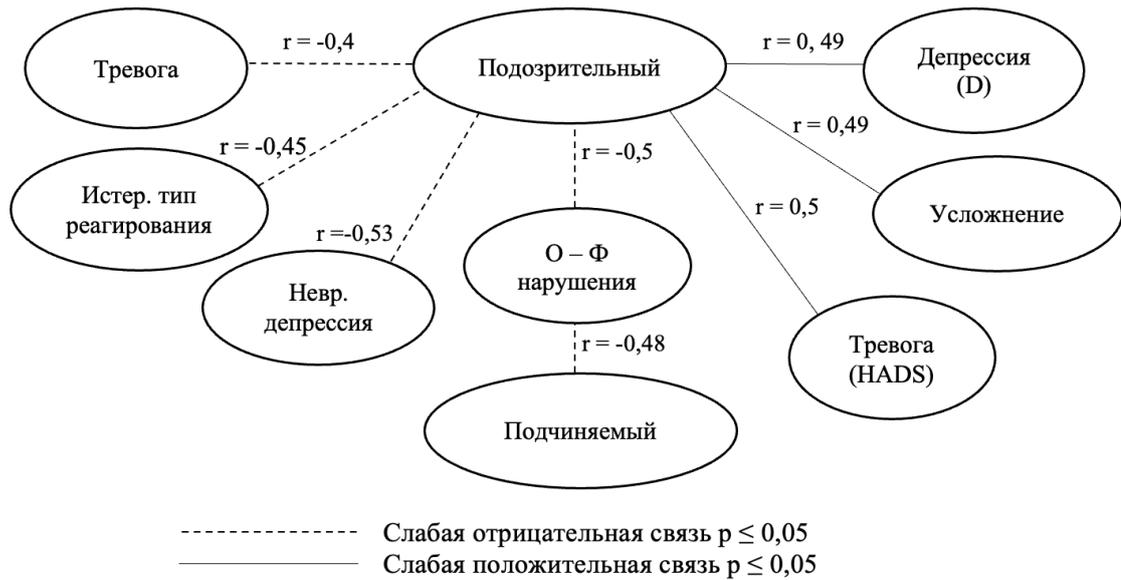


Рисунок 14. Связь шкал опросника «Диагностика межличностных отношений Т. Лири» со шкалами «Депрессия», «Тревога» (HADS), «Усложнение», «О–Ф нарушения», «Невротическая депрессия», «Истерический тип реагирования» и «Тревога»

На рисунке 14 показано, что чем выше у респондентов в данной выборке проявляется подозрительность по отношению к другим людям, то есть, чем больше они склонны проявлять критичность к другим людям, скепсис, замкнутость, разочарованность, негативизм, тем чаще у них возникают навязчивые, мешающие, пугающие мысли, склонность к невротической депрессии, к демонстративному переживанию своих симптомов; тем более у них выражена тревога; тем более они склонны все излишне усложнять, тем самым повышая уровень стресса; тем более они склонны проявлять такие личностные свойства, как склонность к опасениям и тревожным ожиданиям, замкнутость, отстраненность, пессимистичность.

Кроме того, чем выше у респондентов в данной выборке проявляется подчиняемость по отношению к другим людям, то есть, чем больше они склонны проявлять покорность, уступчивость, тенденцию подчиняться более сильным, всем уступать, осуждать и ставить себя на последнее место, тем чаще

у них возникают навязчивые, мешающие, пугающие мысли или неподдающиеся контролю действия, вызывающие дискомфорт.

По корреляционному анализу опросника «СМОЛ» во всей выборке были обнаружены следующие связи:

1. Статистически достоверная корреляция шкалы «Ипохондрия» (Hs) со шкалой «Конструктивное преодоление» ($r = -0,44$; $p < 0,05$), (Рис.15);
2. Статистически достоверная корреляция шкалы «Истерия» (Hy) со шкалой «Конструктивное преодоление» ($r = -0,5$; $p < 0,05$), со шкалой «Усложнение» ($r = 0,43$; $p < 0,05$), со шкалой «Обстоятельства» ($r = 0,44$; $p < 0,05$) и со шкалой «Тревога» (HADS), ($r = 0,41$; $p < 0,05$), (Рис.15);
3. Статистически достоверная корреляция шкалы «Депрессия» (D) со шкалой «Усложнение» ($r = 0,62$; $p < 0,05$), со шкалой «Обстоятельства» ($r = 0,56$; $p < 0,05$) и со шкалой «Тревога» (HADS) ($r = 0,57$; $p < 0,05$), (Рис.15);
4. Статистически достоверная корреляция шкалы «Психастения» (Pt) со шкалой «Обстоятельства» ($r = 0,42$; $p < 0,05$) и со шкалой «Тревога» (HADS) ($r = 0,45$; $p < 0,05$), (Рис.15);
5. Статистически достоверная корреляция шкалы «Гипомания» (Ma) со шкалой «Психосоматика» ($r = 0,59$; $p < 0,05$), (Рис.15);
6. Статистически достоверная корреляция шкалы «Усложнение» со шкалой «Тревога» (HADS) ($r = 0,61$; $p < 0,05$), (Рис.15).

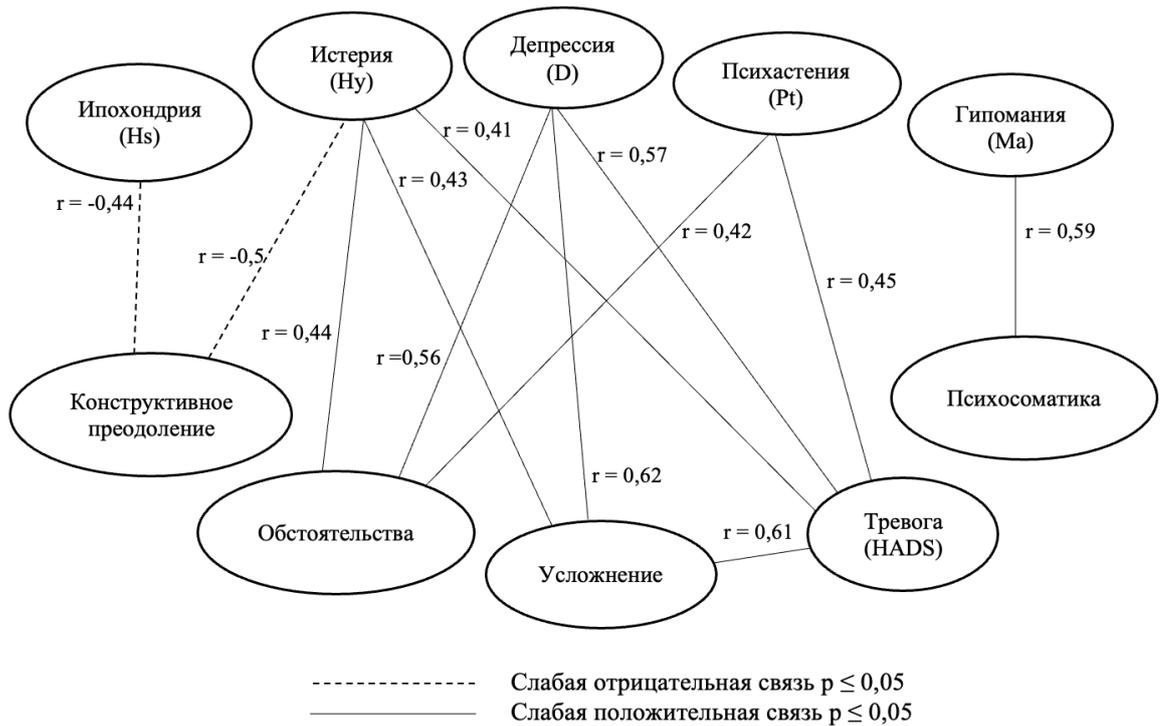


Рисунок 15. Связь шкал опросника «СМОЛ» со шкалами «Конструктивное преодоление», «Усложнение», «Обстоятельства», «Психосоматика» и «Тревога» (HADS)

На рисунке 15 показано, что чем чаще у респондентов в данной выборке проявляется чрезмерное беспокойство и озабоченность своим здоровьем, тем менее они склонны конструктивными способами преодолевать ситуации стресса.

Кроме того, чем чаще у респондентов в данной выборке проявляются такие личностные свойства, как демонстративность, эгоцентризм, незрелость, склонность к фантазированию, к демонстративному подчеркиванию соматического неблагополучия, тем менее они склонны конструктивными способами преодолевать ситуации стресса; тем более они склонны излишне все усложнять и более остро реагировать на внешние обстоятельства, повлиять на которые невозможно, тем самым повышая уровень стресса.

В то же время, чем чаще у респондентов в данной выборке проявляются такие личностные свойства, как склонность к опасениям и тревожным ожиданиям, замкнутость, отстраненность, пессимистичность, тем более они склонны все излишне усложнять и более остро реагировать на внешние

обстоятельства, тем самым повышая уровень стресса; тем более у них выражен уровень тревоги.

Также стоит отметить, что, чем чаще у респондентов в данной выборке проявляются такие личностные свойства, как нерешительность, боязливость, мнительность, тем более они склонны остро реагировать на внешние обстоятельства, тем самым повышая уровень стресса; тем больше у них выражен уровень тревоги.

Чем более у респондентов в данной выборке выражена склонность все излишне усложнять, тем самым повышая уровень стресса, тем более выражен у них уровень тревоги.

В то же время, чем чаще у респондентов в данной выборке проявляются такие личностные свойства, как активность, деятельность, энергичность, жизнерадостность, тем более у них выражена предрасположенность к психосоматическим заболеваниям.

Следующим этапом эмпирического исследования было обобщение аналитических данных, обсуждение результатов и формулирование выводов.

4. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

По результатам исследования, можно говорить о том, что большая часть респондентов в последнее время испытывает стресс чаще обычного. Можно сделать предположение, что это связано с прохождением лечения по поводу дисфункции височно-нижнечелюстного сустава и сопутствующими болевыми ощущениями. В то же время, больше половины респондентов посещают врача только тогда, когда что-то начинает беспокоить, тем самым приходя на прием уже на стадии обострения, то есть начальные болевые ощущения и другие симптомы могут игнорироваться или не замечаться.

Пациенты склонны иметь повышенный уровень алекситимии, то есть иметь трудности с идентификацией, дифференцировкой и вербальной экспрессией своих чувств, эмоций и телесных ощущений.

Пациенты имеют тенденцию иметь депрессию невротического характера, а также различные обсессивно-фобические нарушения, то есть иметь навязчивые, пугающие и мешающие мысли, а также иметь повышенную тревожность.

При описании своих субъективных болевых ощущений, в целом, пациенты склонны выбирать больше дескрипторов в сенсорном блоке, чем в эмоциональном. Ровно также в сенсорном блоке они склонны выбирать более высокого ранга дескрипторы, чем в эмоциональном. Можно сделать предположение о том, что респонденты субъективно ощущают довольно интенсивные болезненные ощущения, которые причиняют им больше физический дискомфорт, нежели эмоциональный. Или же в силу выявленной повышенной алекситимии они испытывают трудности с идентификацией эмоциональных неприятных ощущений. Кроме того, наиболее часто выбираемые дескрипторы боли дают нам понять, что у респондентов боль имеет характер ноющей, тянущей, то есть она может присутствовать постоянно, забирать много ресурсов, обессиливать, изматывать, и в конечном счете вызывать чувство тревоги и заставлять обращать все свое внимание на себя.

Уровень стрессоустойчивости у респондентов пределах нормы, однако они склонны излишне все усложнять и слишком остро реагировать на внешние обстоятельства, повлиять на которые они не могут, тем самым повышая у себя уровень стресса.

Говоря о личностных особенностях респондентов в данной выборке, можно выделить два основных личностных типа: 1 – энергичный, активный, раздражительный, 2 – нерешительный, тревожный, мнительный. Данные результаты согласуются и с тезисами, которые были рассмотрены в литературном обзоре. В то же время, обоим типам сопутствовала повышенная тревожность и пониженное настроение на момент обследования, возможно из-за ситуации прохождения лечения.

Говоря о межличностных отношениях у респондентов в данной выборке, можно также выделить два основных типа: 1 – Авторитарный, доминантный, авторитетный, склонен всех направлять и наставлять, 2 – Альтруистический, гиперответственный, мягкий, склонен приносить в жертву свои интересы, дружелюбный, ориентирован на социальное одобрение. Данные результаты также сходятся с результатами личностных особенностей респондентов.

Проведенное сравнение респондентов с ярко выраженной алекситимией и респондентов без алекситимии показало, что у респондентов, имеющих трудности в понимании и выражении своих чувств и эмоций, чаще встречается депрессия невротического характера, более выражены такие личностные свойства, как склонность к опасениям и тревожным ожиданиям, замкнутость, отстраненность, пессимистичность, нерешительность, мнительность, неосознаваемое стремление вытеснить факторы, вызывающие тревогу, демонстративное подчеркивание соматического неблагополучия. Кроме того, они более чувствительны к стрессу, больше склонны все излишне усложнять, более остро реагировать на внешние обстоятельства и использовать деструктивные способы преодоления в ситуациях стресса, тем самым повышая уровень стресса. Также они склонны иметь более высокий уровень тревоги.

Интересно отметить, что респонденты без признаков алекситимии более склонны проявлять в межличностных отношениях следующие характеристики – авторитарность, доминантность, авторитетность, склонность всех направлять и наставлять.

Проведенное сравнение респондентов с ярко выраженной алекситимией и респондентов, имеющих психосоматические заболевания показало, что респонденты, имеющие трудности в понимании и выражении своих чувств и эмоций, склонны иметь менее выраженные невротические расстройства – невротическая депрессия, тревога, истерический тип реагирования, вегетативные нарушения. Кроме того, у них меньше выражены такие качества, как склонность к опасениям и тревожным ожиданиям, замкнутость, отстраненность, пессимистичность, нерешительность, мнительность, неосознаваемое стремление вытеснить факторы, вызывающие тревогу, демонстративное подчеркивание соматического неблагополучия. Но более выражена активная деятельность и повышенная энергичность. Однако, они субъективно ощущают более интенсивные болевые ощущения, которые вызывают у них больший физический дискомфорт. Они менее склонны иметь психосоматические заболевания в ситуациях стресса.

Несмотря на выявленные различия, пациенты обеих групп не имеют статистически значимые различия в выраженности алекситимии, в стратегиях межличностного взаимодействия, в проявлении обсессивно-фобического компонента, а также в стратегиях реагирования в стрессовых ситуациях.

Кроме того, важно обратить внимание, что при наличии статистически значимых различий по шкалам, характеризующим личность, различается именно степень выраженности таких шкал, как «Ипохондрия (Hy)», «Депрессия» (D), «Психастения» (Pt), «Гипомания» (Ma), однако в большей степени профили личности этих пациентов совпадают.

Эти два факта говорят о большей схожести двух исследуемых групп, нежели о их различности.

Проведенный корреляционный анализ позволил подтвердить наше предположение о том, что уровень алекситимии у респондентов с ДВНЧС связан с уровнем выраженности невротических расстройств. А именно, в данной выборке уровень алекситимии связан с невротической депрессией, астенией и тревогой, с такими личностными свойствами как чрезмерное беспокойство и тревога за свое здоровье, замкнутость, отстраненность, пессимистичность, а также неосознаваемое стремление вытеснить факторы, вызывающие тревогу, демонстративное подчеркивание соматического неблагополучия. А кроме того, со стремлением все излишне усложнять.

Уровень выраженности таких невротических расстройств, как «астения» и «невротическая депрессия» имеет взаимосвязь с личностными свойствами (депрессия, психастения, ипохондрия). Кроме того, уровень выраженности таких невротических расстройств, как «тревога» и «обсессивно-фобические нарушения» имеет взаимосвязь с личностными свойствами (гипомания).

Такой тип межличностных отношений, как «подозрительный» также связан с депрессивностью, тревогой, склонностью все усложнять, тенденцией иметь навязчивы и пугающие мысли, а также неосознаваемое стремление вытеснить факторы, вызывающие тревогу. Также стоит отметить, что такой тип межличностных отношений, как «подозрительный» связан с тенденцией иметь навязчивые и пугающие мысли.

А кроме того, у респондентов такие личностные свойства, как склонность к опасениям и тревожным ожиданиям, замкнутость, отстраненность, пессимистичность, нерешительность, тревожность, мнительность, демонстративность и неосознаваемое стремление вытеснить факторы, вызывающие беспокойство, связаны с тревогой, склонностью все излишне усложнять и остро реагировать на внешние обстоятельства. Стоит отметить, что такие личностные свойства, как энергичность, деятельность, активность связаны со склонностью иметь психосоматические заболевания. А такие личностные свойства, как неосознаваемое стремление вытеснить факторы, вызывающие тревогу, и демонстративное подчеркивание

соматического неблагополучия связаны с наименьшей направленностью на использование конструктивных методов для преодоления ситуаций, вызывающих стресс.

Можно сделать предположение о том, что респонденты в данной выборке, имеющие следующие личностно-эмоциональные особенности – тревожность, мнительность, закрытость, пессимистичность, отстраненность, демонстративность склонны иметь повышенный уровень алекситимии, повышенную стрессочувствительность, склонность к невротическим расстройствам, а также подозрительность и недоверие к окружающим людям. Вследствие данных особенностей они имеют склонность к возникновению психосоматических заболеваний.

ВЫВОДЫ

1. Большинство пациентов с ДВНЧС испытывают трудности с пониманием собственных эмоций, находятся в состоянии выраженной тревоги и невротической депрессии и имеют навязчивые мысли относительно собственного здоровья;

2. Несмотря на средний уровень стрессоустойчивости, у большинства пациентов наблюдается выраженная склонность к катастрофизации и остром реагировании на стресс-факторы, что может находить выход в физических проявлениях таких как боль, гипертонус жевательных мышц и бруксизм;

3. Были выделены два основных личностных типа среди пациентов: 1 – энергичный, активный, раздражительный, склонный к авторитарности и доминированию; 2 – нерешительный, тревожный, мнительный, склонный к гиперответственности, альтруистичности и социальному одобрению, чаще это пациенты с признаками алекситимии;

4. Пациенты с ДВНЧС и признаками невротической депрессии испытывают затруднения в определении собственных эмоций и чувств;

5. Пациенты с ДВНЧС и признаками алекситимии более склонны к развитию невротических и психосоматических расстройств, чем пациенты с ДВНЧС без признаков алекситимии;

6. Пациенты с ДВНЧС и признаками алекситимии имеют схожие эмоционально-личностные особенности с пациентами психосоматического профиля.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, в данной работе мы исследовали эмоциональные и личностные особенности пациентов с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава.

Согласно проведенному нами аналитическому обзору научной литературы, вопросы психологического состояния пациентов с заболеваниями челюстно-лицевой области в последние годы занимают лидирующее место в ортодонтической и гнатологической стоматологии. В научном сообществе до сих пор нет единого мнения на то, какой именно фактор в данном заболевании превалирующий – психологический или окклюзионный. Однако, с каждым годом все больше и больше исследований показывают, что именно психологическое состояние пациента играет решающую роль на возникновение, течение и рецидивы заболевания.

В ходе данного исследования мы обнаружили, что у пациентов с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава, проходящих лечение в клинике «MyOrt» наблюдаются трудности с пониманием и выражением собственных чувств, эмоций и телесных ощущений. Обе гипотезы исследования подтвердились – для пациентов с ДВНЧС характерно наличие таких невротических состояний, как невротическая депрессия, тревога и обсессивно-фобические нарушения; они имеют схожие эмоциональные и личностные особенности с пациентами психосоматического профиля. Кроме того, в стрессовых ситуациях они склонны излишне все усложнять и более остро реагировать на внешние события, тем самым повышая уровень стресса. Личностные особенности пациентов с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава мы разделили на два типа: первый – энергичный, активный, раздражительный, который имеет склонность к авторитарности и доминированию; второй – нерешительный, тревожный, мнительный, который склонен к гиперответственности, альтруистичности и социальному одобрению.

Также было установлено, что уровень алекситимии связан с невротической депрессией, то есть чем больше пациенты испытывают трудности в понимании, вербальном описании своих ощущений, эмоций и чувств, тем более выше у них выражена невротическая депрессия, обусловленная психотравмирующими ситуациями.

Кроме того, опираясь на результаты проведенного исследования, мы разработали методические рекомендации для пациентов с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава, которые направлены на снятие стресса, уменьшение болевых ощущений и снижение тревоги (см. приложение 1).

В заключение хотелось бы отметить, что психологическое состояние пациента с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава имеет большое значение в лечении данной патологии. Очень важно всегда вовремя обращать внимание на данный аспект, проводить соответствующую диагностику и лечение. Ведь от этого будет зависеть благополучие пациента и эффективность лечения в целом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах / Д. Б. Ересько, Г. Л. Исурина, Е. В. Кайдановская [и др.]. – Санкт-Петербург : Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 2005. – 25 с;
2. Анохина А.В., Яхин К.К., Сайфуллина А.Р., Силантьева Е.Н., Абзалова С.Л. О роли психологических факторов в развитии синдрома болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. *Стоматология*. 2021;100(3):115-119;
3. Боско, М. Психологические и окклюзионные факторы бруксизма / М. Боско, Н. Ланди, Д. Манфредини // *Проблемы стоматологии*. – 2005. – № 5. – С. 37-43.;
4. Гордеева, И. Е. Синдром Костена: взгляд невролога на проблему / И. Е. Гордеева, Х. Ш. Ансаров // *Лекарственный вестник*. – 2019. – Т. 13, № 1(73). – С. 26-32;
5. Дисфункция височно-нижнечелюстного сустава и другие причины боли в лице: первая международная классификация и новые подходы к терапии / Н. В. Латышева, Е. Г. Филатова, А. Б. Данилов [и др.] // *Медицинский алфавит*. – 2019. – Т. 4, № 35(410). – С. 40-46.;
6. Жулев Е.Н., Вельмакина И.В. Изучение особенностей психоэмоционального статуса у лиц молодого возраста, имеющих ранние признаки синдрома мышечно-суставной дисфункции височно-нижнечелюстного сустава // *Фундаментальные исследования*. – 2015. – № 1-7. – С. 1354-1357;
7. Караков К.Г., Хачатурян Э.Э., Саргисян А.Э., Темирболатова А.Х. Психологические особенности синдрома дисфункции височно-нижнечелюстного сустава // *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. – 2014. – № 2. – С. 89-92;

8. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. – М.: Изд-во Эксмо, 2017;
9. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство. - М.:Медпресс, 2001. - 592 с.;
10. Онопа, Е. Н. Особенности психоэмоционального статуса пациентов с синдромом дисфункции височно-нижнечелюстного сустава / Е. Н. Онопа // Проблемы стоматологии. – 2005. – № 5. – С. 29-32;
11. Орлова О.Р., Коновалова З.Н., Алексеева А.Ю. и др. Взаимосвязь бруксизма и болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава // РМЖ. 2017. № 24. С. 1760–1763.;
12. Потапов В.П. Системный подход к обоснованию новых методов диагностики и комплексному лечению заболеваний височно-нижнечелюстного сустава при нарушении функциональной окклюзии. Дисс...д.м.н. -Самара. - 2010. -43 с.;
13. Распространенность дисфункции височно-нижнечелюстного сустава среди студентов стоматологического факультета и ее связь с ортодонтическим лечением и окклюзией / А. В. Широкова, Л. Н. Мотиль, Д. Н. Ниамб, Н. Е. Новожилова // студент года 2019 : сборник статей Международного научно-исследовательского конкурса: в 3 частях, Петрозаводск, 17 ноября 2019 года. Том Часть 1. – Петрозаводск: Международный центр научного партнерства «Новая Наука», 2019. – С. 214-221.;
14. Семкин В. А., Рабухина Н. А., Волков С. И. Патология височно-нижнечелюстных суставов. — М., 2011. — 43 с.;
15. Семкин В.А. Рабухина Н.А. Дисфункция височно-нижнечелюстных суставов. — М.: Новое в стоматологии, 2000. — 56 с.;
16. Силантьева Е. Н. Показатели функционального состояния вегетативной нервной системы у пациентов с синдромом болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава различных возрастных групп // Казанский мед.ж. — 2012. — №2.;

17. Трезубов В. Н., Булычева Е. А. Реабилитация больных с дисфункцией височно-нижнечелюстных суставов // Пародонтология. 2001. Т. 19–20. №1–2. С. 71–72.;
18. Трезубов В. Н., Мицкевич И. И. Особенности диагностики и терапии височно-нижнечелюстного сустава // Новое в стоматологии. 1996. №6. С. 44–47.;
19. Щербатых Ю.В. Психология стресса и методы коррекции. — СПб.: Питер, 2006 — 256 с.:
20. An-dental.ru: [сайт] – URL: <https://an-dental.ru/vnchs/>; (дата обращения: 01.03.2023). – Текст: электронный.;
21. Banks SM, Kerns RD. Explaining high rates of depression in chronic pain: A diathesis-stress framework. *Psychol Bull.* 1996;119:95-110.;
22. Berger M., Szalewski L., Szkutnik J. et al. Different association between specific manifestations of bruxism and temporomandibular disorder pain // *NeurolNeurochir Pol.* 2017. Vol. 51(1). P.7–11. doi: 10.1016/j.pjnns.2016.08.008.;
23. Chisnoiu AM, Picos AM, Popa S, Chisnoiu PD, Lascu L, Picos A, Chisnoiu R. Factors involved in the etiology of temporomandibular disorders — a literature review. *Clujul Med.* 2015;
24. Costen J. B. A syndrome of ear and sinus symptoms dependent upon disturbed function of the temporomandibular joint / J. B. Costen // *The Annals of otology, rhinology and laryngology.* – 1934. – No 43.;
25. Dworkin S F. The OPPERA study: act one. *J Pain* 2011; 12 (11 Suppl): T1–T3. doi.org/10.1016/j.jpain.2011.08.004;
26. Ella B., Ghorayeb I., Burbaud P. et al. Bruxism in Movement Disorders: A Comprehensive Review // *JProsthodont.* 2016. P.1–7. doi: 10.1111/jopr.12479;
27. Eya’Ane M. Masticatory system pain-dysfunction syndrome at the University Hospital Center in Yaounde, Cameroon a study in 1994// *Odontostomatol. Trop.* 2001. Vol. 24, №9. P. 5-10.;

28. Fujii T. Occlusal conditions just after the relief of temporomandibular joint clicking// *Cranio*. 1999. Vol. 17, №2. P. 143-148.;
29. Goncalves M.C., Lidiane L.F., Thais C.C. et al. Do Women with Migraine Have Higher Prevalence of Temporomandibular Disorders? // *Braz. J. Phys. Ther.* 2013. Vol. 17(1). P.64–68.;
30. Harrison A.L., Thorp J.N., Ritzline P.D. A Proposed Diagnostic Classification of Patients With Temporomandibular Disorders: Implications for Physical Therapists // *J Orthop Sports PhysTher.* 2014. Vol. 44(3). P.182–197. ;
31. International Classification of Orofacial Pain (ICOP), version 1.0 beta, 2019.;
32. Kincannon, J.C..Prediction of the standard MMPI scale scores from 71 items: the mini-mult. *J Consult Clin Psychol*, 1968, 32(3), 319-325;
33. Krasotamedicina.ru: [сайт] – URL: [https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/psychiatric/psychosomaticdisorders /](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/psychiatric/psychosomaticdisorders/); (дата обращения: 01.03.2023). – Текст: электронный.;
34. Lai YC, Yap AU, Türp JC. Prevalence of temporomandibular disorders in patients seeking orthodontic treatment: A systematic review. *Journal of Oral Rehabilitation*. -2019. -31 с.;
35. Leary T. *Interpersonal Diagnosis of Personality : A Functional Theory and Methodology for Personality Evaluation / Timothy Leary.* — Resource Publications, 2004. — Previously published by John Wiley & Sons, 1957;
36. Lurie O., Zadik Y., Einy S. et al. Bruxism in military pilots and non-pilots: tooth wear and psychological stress // *Aviat Space Environ Med.* — 2007. — № 2. — P. 137–139;
37. Manfredini D, Bandettini PA, Cantini E, Dell’osso L, Bosco M. Mood and anxiety psychopathology and temporomandibular disorder: a spectrum approach. *J Oral Rehabil.* 2004;31(10):933-940;
38. Melzack, Ronald; Raja, Srinivasa N. "The McGill Pain Questionnaire". *Anesthesiology*. 2005, 103 (1): 199–202;

39. Montgomery G.T., Rugh J.D. Psychophysiological responsivity on a laboratory stress task: methodological implications for a stress-muscle hyperactivity pain model// *Biofeedback. Self. Regul.* 1990. Vol. 15, №2. P. 121-134.;
40. Phanachet I., Murray G.M. Human lateral pterygoid muscle activity on the return phase of contralateral and protrusive jaw movements// *Arch. Oral. Biol.* 2000. Vol. 45, №6. P. 517-529.;
41. Probolezny.ru: [сайт] – URL: <https://probolezny.ru/disfunkciya-vnchs/#1/>; (дата обращения: 01.03.2023). – Текст: электронный.;
42. Rajan R., Sun Y-M. Reevaluating Antidepressant Selection in Patients With Bruxism and Temporomandibular Joint Disorder // *J Psychiatr Pract.* 2017. Vol. 23(3). P.173–179.;
43. Rollman GB, Gillespie JM. The role of psychosocial factors in temporomandibular disorders. *Curr Rev Pain.* 2000;4(1):71-81. doi: 10.1007/s11916-000-0012-8. PMID: 10998718.;
44. Slade GD, Ohrbach R, Greenspan JD, Fillingim RB, Bair E, Sanders AE, Dubner R, Diatchenko L, Meloto CB, Smith S, Maixner W. Painful Temporomandibular Disorder: Decade of Discovery. *Journal of Dental Research*, 2016;
45. Zigmond, AS; Snaith, RP. "The hospital anxiety and depression scale". *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 1983, 67 (6): 361–370.

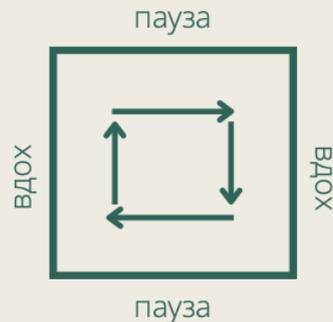
Приложение 1. Методические рекомендации для пациентов с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава

Техники для релаксации

Уважаемые пациенты, чтобы ваше лечение проходило более качественно, предлагаем Вам использовать следующие техники для релаксации, которые помогут снизить напряжение и тревогу

Простое дыхательное упражнение

1. Сядьте удобно. Когда почувствуете себя комфортно, закройте глаза. Следите за тем, как вы вдыхаете и снова выдыхаете. Старайтесь вдыхать через нос, а выдыхать через рот.
2. Положите руку на живот и ощутите, как во время дыхания живот поднимается и опускается. Во время вдоха мысленно или тихо вслух произнесите «вдох», когда выдыхаете - «выдох».
3. Думайте только о своём дыхании и повторяйте слова «вдох» и «выдох». Можете также попробовать сосчитать до десяти — вдох на один, выдох на два и так до десяти, после чего начните заново. При возникновении посторонних мыслей, попробуйте снова направлять внимание на процесс дыхания, счёт или произнесение слов «вдох» и «выдох».
4. Продолжайте дышать так в течение примерно двух минут.
5. Теперь снова обратите внимание на звуки вокруг и подумайте о том, где вы сейчас находитесь. Потихоньку откройте глаза и оглянитесь вокруг. Обратите внимание и подумайте о том, стало ли вам спокойнее.



Это несложное упражнение вы сможете выполнять в любое время, когда почувствуете в том необходимость. Окружающие даже не заметят, чем вы заняты.

Дыхание "5+5"

1. Сделайте 5 совершенно свободных вдохов и выдохов, стараясь почувствовать, как ваш живот движется, а мышцы живота расслабляются. Затем произведите глубокий вдох и глубокий выдох.
2. В течение последующих 4 по возможности глубоких вдохов напрягите соответствующие группы мышц и расслабьте их при выдохе:
 - мышцы ног (второй вдох-выдох)
 - мышцы рук и верхней части туловища (третий вдох-выдох)
 - челюстную и жевательную мускулатуру (четвертый вдох-выдох)
 - мышцы живота (пятый вдох-выдох)

