

# ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ СУСТАВОВ И ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

---

Проведенный анализ научной литературы за период 2000–2018 гг., а также результаты собственных исследований указывают на увеличение численности пациентов с заболеваниями височно-нижнечелюстных суставов (ВНЧС) и жевательных мышц. В этиопатогенезе этих заболеваний значимая роль отводится психогенному фактору, исследование которого не дает однозначных корреляционных связей. Определены взаимосвязи синдрома болевой дисфункции ВНЧС и парафункций жевательных мышц со стрессом, различными психическими состояниями, свойствами, процессами (депрессия, тревожность, нейротизм, акцентуации и др.). Однако зачастую научная литература отражает противоположные точки зрения на проблему диагностики и лечения пациентов. Разработка и внедрение систематизированного дифференцированного психологического подхода в практику врачей-стоматологов позволит повысить качество оказываемой помощи пациентам с функциональными расстройствами ВНЧС и жевательных мышц.

**Ключевые слова:** заболевания височно-нижнечелюстных суставов, дифференцированный психологический подход, диагностика мышечно-суставных дисфункций.

**S. P. Rubnikovich, A. S. Grishchenkov**

## DIFFERENTIATED PSYCHOLOGICAL APPROACH TO THE DIAGNOSIS OF DISEASES OF THE TEMPOROMANDIBULAR JOINTS AND MASTICATORY MUSCLES

The analysis of the scientific literature for the period 2000–2018, as well as the results of our own studies, indicate an increase in the number of patients with temporomandibular joint (TMJ) and chewing muscle diseases. In the etiopathogenesis of these diseases, a significant role is assigned to the psychogenic factor, the study of which does not give unambiguous correlation links. The interrelations of the syndrome of painful dysfunction of the TMJ and parafunctions of the masticatory muscles with stress, various mental states, properties, processes (depression, anxiety, neurotism, accentuations, etc.) are determined. However, often scientific literature reflects opposing points of view on the problem of diagnosis and treatment of patients. The development and introduction of a systematized differentiated psychological approach into the practice of dentists will improve the quality of care provided to patients with functional disorders of the TMJ and masticatory muscles.

**Key words:** diseases of temporomandibular joints, differentiated psychological approach, diagnosis of musculo-articular dysfunctions.

---

Особенности развития современного общества обуславливают изменения в функционировании психических процессов, состояний и свойств человека, что в свою очередь влияет на возникновении новых

стрессогенных факторов, приводящих к негативным последствиям во всех сферах жизнедеятельности. Одним из отражений этих последствий является рост численности пациентов с психосоматическими заболеваниями.

Так, в стоматологической практике функциональные нарушения ВНЧС зачастую имеют психогенную природу, а в сочетании с дефектами и деформациями зубных рядов, повышенной стираемостью зубов, парафункциями жевательных мышц, создают клинический симптомокомплекс, сложный для диагностики и лечения.

Распространенность функциональных нарушений жевательно-речевого аппарата среди населения по данным разных авторов составляет 5–80 %. Согласно эпидемиологическим исследованиям, в Республике Беларусь на 2017 год в возрастных группах 18–24 и 25–34 года распространенность бруксизма составила 27–30 %, в 65 % случаев отмечалось осложнение заболевания дисфункцией ВНЧС [3]. Изучение распространенности дисфункций ВНЧС по обращаемости пациентов на базу кафедры ортопедической стоматологии и ортодонтии с курсом детской стоматологии БелМАПО за последние 5 лет показало увеличение численности пациентов с данной патологией с 59,1 до 88,7 %. Синдром болевой дисфункции и парафункции мышц составили 64 % от общего числа пациентов с заболеваниями ВНЧС и мышц. Основной причиной обращения пациентов стали жалобы на лицевые – 26 %, суставные – 68,7 % и мышечные боли – 53,4 %, а также дефекты зубных рядов – 61,3 %, зубочелюстные аномалии – 37,4 %, несостоятельность зубных протезов – 35,9 % [7, 8].

Современные концепции этиологии и патогенеза мышечно-суставных дисфункций условно разделяются на три группы: окклюзионно-артикуляционная, миогенная и психогенная. Основу окклюзионно-артикуляционной теории представляет симптомокомплекс, характеризующийся уменьшением межальвеолярной высоты, которая возникает в результате потери зубов, зубочелюстных аномалий, и других нарушений жевательно-речевого аппарата. Миогенная теория базируется на первичности мышечных расстройств, которые обуславливают нефизиологичную функцию суставов, изменения окклюзии. В основе психогенной теории заложена причинно-следственная связь гипертонии жевательных мышц и функциональных нарушений ВНЧС с хроническим эмоциональным стрессом [1, 2, 8, 10–16, 23, 26].

Существование приведенных концепций, с учетом доказательных данных научных исследований, на которые они опираются, определяет необходимость многофакторного анализа каждого из возможных этиологических компонентов при лечении пациентов с функциональными расстройствами ВНЧС и жевательных мышц. Отечественные и зарубежные исследования указывают на необходимость обязательного учета психогенного фактора в диагностике и лечении заболеваний ВНЧС и мышечных нарушений. Однако на практике психологический подход при лечении стоматологических пациентов не имеет должного распространения в Республике Беларусь.

В основе психологического подхода заложено понятие личность, как прижизненно формирующаяся индивидуальная совокупность психофизических систем – черт личности, которыми определяется своеобразное для данного человека мышление и поведение (термин предложен американским психологом Г. У. Оллпортом) [29]. Согласно концепции А. Г. Ковалева личность пред-

ставляет интегральное образование психических состояний, свойств и процессов [4]. Психические состояния стоматологических пациентов (страх, тревожность, уверенность) определяют отношение пациента к процессу лечения, отдельным его составляющим, а также возможность проведения сложных диагностических и лечебных процедур. Психические свойства (темперамент, характер, убеждения) диктуют необходимость дифференцированного подхода и формирования уникальной схемы взаимодействия «врач-пациент» в каждой конкретной клинической ситуации. Построение логических связей между планом лечения и последствиями принятия или отказа от него; модели поведения; особенности кодирования, сохранения и воспроизведения полученной на приеме информации, – все это определяется психическими процессами личности и играет важную роль в достижении поставленных целей реабилитации стоматологических пациентов, в частности с функциональными расстройствами ВНЧС.

Таким образом, результат лечения пациентов с функциональными расстройствами ВНЧС и жевательных мышц напрямую зависит от выбранного терапевтического ресурса, который обуславливает обязательный учет психологического компонента на этапах диагностики и комплексной реабилитации.

#### Цель исследования

Определить корреляционные связи между различными психологическими и социальными компонентами и их роли в развитии заболеваний ВНЧС и жевательных мышц, на основании анализа научной литературы за период 2000–2018 гг. и результатов собственных исследований.

Поиск литературы производился с использованием библиотек Scopus, PubMed, Medline, Национальной Библиотеки Беларуси, Республиканской научной медицинской библиотеки. Ключевые поисковые термины включали: дисфункция ВНЧС, личность, боль, парафункции, стресс, бруксизм, психологический фактор, нейротизм, тревожность, chronic pain, pain, personality, neuroticism, harm avoidance, Temperament and Character Inventory, TMJ, и различные комбинации этих терминов.

Обзор научных публикаций в области исследований и практического опыта в диагностике и лечении заболеваний ВНЧС за последние 20 лет представляется весьма разнородным по содержанию. Исследование психогенного фактора как одного из этиологических компонентов указывает на взаимосвязи парафункций мышц с заболеваниями ВНЧС, стрессом, и отдельными психологическими компонентами личности.

Исследования, которые описывают взаимосвязи «психологические факторы – парафункции – заболевания ВНЧС», представляют две противоположные точки зрения. Ряд авторов находит в исследованиях причинно-следственную связь между парафункциями мышц и функциональными расстройствами суставов, указывая на первичность мышечных расстройств, которые возникают в результате воздействия психосоциальных факторов, либо ряда типологических особенностей личности пациентов. Однако некоторые зарубежные и отечествен-

ные исследования не подтверждают этой точки зрения и не отражают значимой взаимосвязи между мышечными и суставными расстройствами. Так, согласно анализу литературы, проведенному T. S. Barbosa, L. S. Miyakoda, R. L. Pocztaruk, C. P. Rocha, M. B. Gavião, не обнаружили явной и значимой взаимосвязи парафункций, в частности бруксизма и заболеваний ВНЧС [17]. Противоположные результаты получены исследователями A. G. Glaros, K. Williams, L. Lausten: была установлена значимая корреляция между парафункцией смыкания (сжатия челюстей) и синдромом болевой дисфункции [31]. Также авторы считают, что хорошими индикаторами возникновения болевого синдрома, в том числе лицевой боли, являются парафункции, а также эмоциональные состояния (стресс, дистресс и настроение). Эффективным терапевтическим комплексом по мнению данных исследователей будет лечение, направленное на уменьшение тонуса жевательной мускулатуры. В исследованиях M. K. Selms, K. Muzalev, C. M. Visscher, M. Koutris, M. Bulut, F. Lobbezoо отражены корреляции парафункций с дисфункциями ВНЧС и психологическими факторами [31]. По мнению авторов бруксизм чаще отмечается у пациентов с функциональными расстройствами ВНЧС, также установлено, что интенсивность бруксизма определена рядом психологических факторов, в том числе уровнями психологического дистресса, однако значимых взаимосвязей при синдроме болевой дисфункции ВНЧС между отдельными факторами и бруксизмом установлено не было. Данное исследование не поддерживает точку зрения о более сильном влиянии бруксизма на боли в ВНЧС у пациентов с высокими уровнями психологического дистресса, что также противоречит данным, полученным A. G. Glaros, K. Williams, L. Lausten (2005).

Для выявления взаимосвязей между функциональными нарушениями жевательно-речевого аппарата и отдельными психологическими компонентами личности, наиболее часто авторами изучаются тревожность, депрессивность и нейротизм как личностные черты. Исследования направленные на изучение особенностей личности пациентов с расстройствами ВНЧС осложненными парафункциями жевательных мышц (акцентуации, личностная и реактивная тревожность, эмоциональной возбудимость, склонность к ипохондрической фиксации, уровень невротизации и др.) указывают на редукцию невротических симптомов после комплексного лечения, включающего, в частности, психотерапию и психофармакотерапию [10–15]. Изучением влияния отдельных психологических составляющих на лечение пациентов с дисфункциями ВНЧС, таких как личностные особенности, акцентуации, также занимались отечественные исследователи [9]. Авторы указывают на уменьшение показателей личностной и ситуативной тревожности, а также уровня нейротизма в процессе лечения с использованием индивидуальных и стандартных капп. Однако, более ранние и другие современные исследования в рамках данной методологии указывают на неизменность показателей личностной тревожности до и после лечения у пациентов с заболеваниями ВНЧС [10–13]. Сравнение типологических особенностей пациентов молодого возраста с внутренними нарушениями ВНЧС и контроль

ной группы, проведенные E. A. Мишутиним, П. Н. Гелетиним, показало: статистически значимых различий по шкалам агрессивности, тревожности, сенситивности, ригидности, интравертности не отмечено, значимо различались лишь шкалы экстравертности и эмотивности [5]. И. В. Петрикас, А. М. Жирков, А. А. Краснов провели исследование, в котором дисфункция ВНЧС рассматривалась как заболевание психосоматической природы [6]. Авторы определили ряд факторов, влияющих на развитие заболевания: наличие невротической астенизации, депрессивная симптоматика, а также применяемые неконструктивные эмоционально ориентированные копинг-стратегии для разрешения проблемных ситуаций. По мнению исследователей 33 % обследуемых студентов представляют группу риска возможной будущей патологии ВНЧС, достоверных различий по половому признаку авторами не было получено.

Исследования, которые описывают взаимосвязи «болевого синдром – психологические факторы – парафункции, заболевания ВНЧС», получили наиболее широкое распространение, что связано в первую очередь с тем, что боль является одним из ведущих симптомов, который при развитии заболевания становится основной причиной обращения в врачу-стоматологу.

Исследования G. Fernandes, D. A. Gonçalves, J. T. Siqueira, C. M. Camparis, направленные на изучение ассоциации синдрома болевой дисфункции с уровнем депрессии, а также с наличием жалоб пациентов на шум в ушах не описывают причинно-следственной связи в симптомокомплексе [24]. Изучением проблемы «болевого синдрома» также занимались H. C. Daniel, J. Nawewska, M. Serpell, B. Hoggart, R. Johnson, A. S. Rice [22]. В своем исследовании они рассматривали вопросы психологического и физического функционирования, связанного с постоянной болью и разработали программы по управлению когнитивными поведенческими болями, для улучшения физической функции людей и уменьшения их страданий в присутствии перманентной боли. Ученые установили психологические и физические различия между постоянной ноцицептивной болью и невропатической болью и выявили, что болевые синдромы дифференцируются по факторам усиливающим боль, по реакции людей на боль, а также по убеждениям относительно диагноза и причины боли. Данные по управлению болью также отражены в исследованиях Y. M. Costa, A. L. Porporatti, J. Stuginski-Barbosa, L. R. Bonjardim, J. G. Speciali, P. C. Conti [20,21]. Авторы установили, что головные боли, обусловленные расстройствами ВНЧС и сопровождающиеся миофасциальными болями не оказывают отрицательного влияния на управление болью, однако меняют характер миофасциальной боли. A. G. Glaros, K. Williams, L. Lausten индикатором возникновения болевого синдрома определили парафункции жевательных мышц [25]. Наибольший интерес в научных исследованиях последних десятилетий представляет «Анализ литературы последних 120-летних исследований боли и личности», представленный в 2017 году B. Naylor, S. Voag, S. M. Gustin [28]. По мнению авторов, многие «психодинамические» формулировки недостаточны для объективных научных методов. Исследователи ука-



зывают на отсутствие ассоциации личностных характеристик с тревожностью и депрессией. Согласно анализу лишь более поздние исследования отражают взаимосвязи нейротизма и боли, как адаптационного механизма к хронической боли. По мнению авторов исследования с использованием только шкал MMPI могут быть ошибочны по причине соматического компонента, так как не содержат достаточных доказательств, формирующих «личность боли».

Данный анализ подтверждает необходимость учета не только отдельных типологических особенностей личности, либо стресса как инициирующего этиологического фактора парафункций, либо депрессии как заболевания-маркера современного быстро развивающегося общества, а комплексного психологического анализа пациента, с обязательной оценкой психических состояний, свойств и процессов личности.

Исследования, которые описывают взаимосвязи «социальные факторы, стресс – парафункции – заболевания ВНЧС», подтверждают психогенную теорию развития дисфункций ВНЧС и являются наиболее однородными из приведенных групп. Данные о роли стресса в этиологии дисфункций ВНЧС, полученные исследователями S. F. Kothari, L. Baad-Hansen, P. Svensson, указывают, что 96,6 % пациентов с заболеваниями ВНЧС имели один или несколько параметров, свидетельствующих о психосоциальном дистрессе [27]. Основополагающую роль в развитии заболеваний ВНЧС M. R. Paulino, V. G. Moreira, G. A. Lemos, P. L. Silva, P. R. Bonan, A. U. Batista также отводили социальному и психическому компоненту [30]. В своем исследовании авторы оценили распространенность признаков и симптомов заболеваний ВНЧС у студентов, а также их корреляции с полом, парафункциями, эмоциональным стрессом, тревожностью, депрессией, и их влияние на качество жизни (OHRQL). Ведущими симптомами были определены боль и физический дискомфорт. Статистически достоверно доказана высокая частота встречаемости заболеваний ВНЧС у женщин (что не коррелирует с исследованиями И. В. Петрикаса, А. М. Жирков, А. А. Краснов (2016)), а также взаимосвязь данных функциональных расстройств суставов с парафункциональными привычками, эмоциональным стрессом и тревожностью. A. U. Yarp, S. F. Dworkin, E. K. Chua, T. List, K. B. Tan, H. H. Tan изучали распространенность психосоциальных нарушений и психологических расстройств у азиатских пациентов с заболеваниями ВНЧС, а также проводили сравнение полученных результатов с данными подобных исследований в Швеции и США [32]. Мышечные нарушения были обнаружены у 31,4 % испытуемых, дисковые смещения (функциональные нарушения ВНЧС) определялись в 30,8 % случаев, у 39,8 % пациентов наблюдалась умеренная и тяжелая депрессия, 47,6 % пациентов имели показатели неспецифической физической симптоматики от умеренной до тяжелой степени. Психосоциальные нарушения наблюдались только у 4,2 % больных, и были обусловлены хроническими болевыми симптомами. Данные, полученные учеными, определяли мышечную этиологию как наиболее распространенную. Основным сопутствующим симптомом были определены депрессивные состояния

и психосоматические нарушения. Схожие данные получены при анализе американских и шведских групп пациентов.

C. D. Callahan исследовал факторы ответа на стресс и выделил четыре группы: избегание-нейротизм, боль, выносливость, решение проблем – оптимизм [18]. S. Chinthakanan, K. Laosuwan, P. Boonyawong, S. Kumfu, N. Chattipakorn, S. C. Chattipakorn в исследовании направленном на изучение психогенной природы заболеваний ВНЧС определил положительную корреляцию между интенсивностью боли и уровнем психологического дистресса у пациентов с функциональными суставными расстройствами [19].

Результаты собственных исследований, направленных на доказательства психического генеза гипертонии жевательных мышц, а также разработки эффективной реабилитационной программы для пациентов с данным расстройством свидетельствуют о преобладании психогенной составляющей в этиологии заболевания. Заострение отдельных личностных особенностей определено у 75 % пациентов, психические травмы в анамнезе – 70,5 % случаев, суставные расстройства – 69 % исследуемых. Для достижения высокой эффективности купирования мышечной гипертонии необходимо использование и сомато- и психоцентрированных лечебных методов, действующих не только симптоматически, но и оказывающих влияние на патогенез заболевания [8, 10–13].

Сравнение результатов приведенных исследований в области лечения и диагностики заболеваний ВНЧС позволяет сделать вывод о наличии взаимосвязи суставных дисфункций, парафункций и стресса. Болевой синдром значительно влияет на качество жизни пациентов, и приводит к неверной, стрессовой интерпретации событий повседневной жизни с использованием неадаптивных схем-ответов, что в свою очередь затрудняет процесс лечения, а иногда делает его невозможным без междисциплинарного подхода. Роль личности как основы психологического подхода при лечении пациентов с функциональными расстройствами ВНЧС и парафункциями жевательных мышц остается неясна, о чем говорят, например, противоречивые данные, полученные при выявлении депрессии и тревожности. Многие исследования страдают широкой выборкой, не учитывают влияние побочных факторов, имеют недостаточную психологическую интерпретацию, отражают влияние выборочных компонентов структуры личности. Большинство исследований отличает отсутствие единого подхода к объяснению взаимосвязи психологических компонентов с парафункциями с позиции личности. Таким образом можно заключить, что проведенные исследования отражают необходимость дальнейшего изучения психологического компонента с формированием профилей и созданием единой системы оценки факторов, приводящих к развитию функциональных нарушений ВНЧС и жевательных мышц.

## Выводы

1. Диагностика функциональных нарушений ВНЧС и мышц должна быть построена междисциплинарно с обязательным учетом психологического компонента

и этиопатогенетических связей с психическими заболеваниями.

2. Реабилитация пациентов с дисфункциями ВНЧС и парафункциями мышц невозможна без комплексного подхода с привлечением медицинских психологов, врачей-психотерапевтов, врачей-психиатров.

3. Высокая обращаемость пациентов с расстройствами ВНЧС в сочетании с заболеваниями зубочелюстной системы на базу кафедры ортопедической стоматологии и ортодонтии с курсом детской стоматологии БелМАПО за последние 5 лет говорит о необходимости внедрения систематизированного дифференцированного психологического подхода в практику врачей-стоматологов для повышения качества оказываемой помощи.

### Литература

1. Балькова, Т. И. Значение психологических факторов в формировании миофасциального болевого синдрома // Психиатрия консультирования и взаимодействия / Т. И. Балькова, А. Ю. Лотоцкий. – 2004. – С. 4–6.
2. Горбачев, Б. Б. Разработка комплексной патогенетической терапии больных с гипертонией жевательных мышц // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб, 2004.
3. Дедова, Л. Н. Распространенность стоматологических заболеваний в Республике Беларусь // Стоматология Эстетика Инновации / Л. Н. Дедова, С. П. Рубникович, Ю. Л. Денисова, О. В. Кандрукевич, А. С. Соломевич, Н. И. Росянки. – 2017. – Т. 1, № 2. – С. 193–202.
4. Ковалев, А. Г. Психология личности / А. Г. Ковалев. – М.: Просвещение, 1965.
5. Мишутин, Е. А. Результаты оценки индивидуально-типологических особенностей психологического статуса больных с внутренними нарушениями височно-нижнечелюстного сустава и пациентов группы сравнения // Смоленский медицинский альманах / Е. А. Мишутин, П. Н. Гелетин. – 2016. – № 5. – С. 152–155.
6. Петрикас, И. В. Комплексный междисциплинарный подход к профилактике и лечению дисфункции ВНЧС // И. В. Петрикас, А. М. Жирков, А. А. Краснов / Проблемы стоматологии. – 2016. – № 12, – С. 97–102.
7. Рубникович, С. П. Прогноз и лечение пациентов с дисфункцией височно-нижнечелюстных суставов // С. П. Рубникович, И. Н. Барадина, Ю. Л. Денисова / Военная медицина. – 2015. – № 1 (34). – С. 47–52.
8. Рубникович, С. П. Обоснование дифференцированного психологического подхода в междисциплинарной реабилитации пациентов с функциональными расстройствами височно-нижнечелюстных суставов // С. П. Рубникович, А. С. Грищенко / Стоматология. Эстетика. Инновации. – 2018. – № 2. – С. 208–220.
9. Токаревич, И. В. Динамика психоэмоционального статуса пациентов с височно-нижнечелюстными расстройствами в процессе реабилитации на сплинтах / И. В. Токаревич, Д. В. Пискун // Стоматологический журнал. – 2018. – № 1. – С. 44–48.
10. Трезубов, В. Н. Доказательства психического генеза гипертонии жевательных мышц. Ч. 1 / В. Н. Трезубов, Е. А. Булычева, С. О. Чикунов, А. С. Грищенко // Институт стоматологии. – 2011. – № 4. – С. 40–42.
11. Трезубов, В. Н. Доказательства психического генеза гипертонии жевательных мышц. Ч. 2 / В. Н. Трезубов, Е. А. Булычева, С. О. Чикунов, А. С. Грищенко // Институт стоматологии. – 2011. – № 1. – С. 14–16.
12. Трезубов, В. Н. Доказательства психического генеза гипертонии жевательных мышц. Ч. 3 / В. Н. Трезубов, Е. А. Булычева, С. О. Чикунов, А. С. Грищенко // Институт стоматологии. – 2011. – № 2. – С. 62–64.
13. Трезубов, В. Н. Доказательства психического генеза гипертонии жевательных мышц. Ч. 4 / В. Н. Трезубов, Е. А. Булычева, С. О. Чикунов, А. С. Грищенко // Институт стоматологии. – 2011. – № 3. – С. 36–40.
14. Трезубов, В. Н. Исследование особенностей личности пациентов с расстройствами височно-нижнечелюстного сустава, осложненными парафункциями жевательных мышц / В. Н. Трезубов, Б. Д. Карвасарский, Е. А. Булычева, Е. А. Колотильщикова, Е. И. Чехлатый // Институт стоматологии. – 2006. – № 31. – С. 33–35.
15. Трезубов, В. Н. Анализ динамики психоэмоционального состояния пациентов с патологией жевательно-речевого аппарата // В. Н. Трезубов, С. О. Чикунов, Е. А. Булычева, Е. Р. Исаева, Ю. В. Алпатьева, А. Л. Плаксина / Вестник Санкт-Петербургского Университета. – 2013. – Т. 11, № 3. – С. 149–158.
16. Хорева, Ю. А. Реабилитация больных с функциональной перегрузкой пародонта // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2000.
17. Barbosa, T. S., Miyakoda L. S., Pocztaruk R. L., Rocha C. P., Gavião M. B. Temporomandibular disorders and bruxism in childhood and adolescence: review of the literature // International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. – 2008. – Vol. 72(3). – P. 299–314.
18. Callahan, C. D. Stress, coping, and personality hardiness in patients with temporomandibular disorders // Rehabilitation Psychology. – 2000. – Vol. 45(1). – P. 38–48.
19. Chinthakanan, S., Laosuwan K., Boonyawong P., Kumfu S., Chattipakorn N., Chattipakorn S. C. Reduced heart rate variability and increased saliva cortisol in patients with TMD // Archives of Oral Biology. – 2018. – Vol. 90. – P. 125–129.
20. Costa, Y. M., Porporatti A. L., Stuginski-Barbosa J., Bonjardim L. R., Speciali J. G., Rodrigues Conti P. C. Headache Attributed to Masticatory Myofascial Pain: Clinical Features and Management Outcomes // Journal of Oral Facial Pain Headache. – 2015. – Vol. 29(4). – P. 323–330.
21. Costa, Y. M., Porporatti A. L., Stuginski-Barbosa J., Bonjardim L. R., Speciali J. G., Rodrigues Conti P. C. Headache attributed to masticatory myofascial pain: impact on facial pain and pressure pain threshold // Journal of Oral Rehabilitation. – 2016. – Vol. 43(3). – P. 161–168.
22. Daniel, H. C., Narewska J., Serpell M., Hoggart B., Johnson R., Rice A. S. Comparison of psychological and physical function in neuropathic pain and nociceptive pain: implications for cognitive behavioral pain management programs // European Journal of Pain. – 2008. – Vol. 12(6). – P. 731–74.
23. Epstein, S. Psychological implication of anesthesia // Dental Clinics of North America. – 1962. – Vol. 6. – P. 591–600.
24. Fernandes, G., Gonçalves D. A., Siqueira J. T., Camparis C. M. Painful temporomandibular disorders, self reported tinnitus, and depression are highly associated // Archives of Neuropsychiatry. – 2012. – Vol. 71(12). – P. 943–947.
25. Glaros, A. G., Williams K., Lausten L. The role of parafunctions, emotions and stress in predicting facial pain // Journal of the American Dental Association. – 2005. – Vol. 136(4). – P. 451–458.
26. Greene, C. S., Olson R. E., Laskin D. M. Psychological factors in the etiology, progression, and treatment of MPD syndrome // Journal of the American Dental Association. – 1982. – Vol. 105, № 3. – P. 443–448.
27. Kothari, S. F., Baad-Hansen L., Svensson P. Psychosocial Profiles of Temporomandibular Disorder Pain Patients: Proposal of a New Approach to Present Complex Data // Journal of Oral Facial Pain Headache. – 2017. – Vol. 31(3). – P. 199–209.
28. Naylor, B., Boag S., Gustin S. M. New evidence for a pain personality? A critical review of the last 120 years of pain

and personality // *Scandinavian Journal of Pain*. – 2017. – Vol. 17. – P. 58-67.

29. *Олпорт*, Г. Становление личности / Г. Олпорт. – М., 2002.

30. *Paulino*, M. R., *Moreira* V. G., *Lemos* G. A., *Silva* P. L. D., *Bonan* P. R. F., *Batista* A. U. D. Prevalence of signs and symptoms of temporomandibular disorders in college preparatory students: associations with emotional factors, parafunctional habits, and impact on quality of life // *Cien Saude Colet*. – 2018. – Vol. 23(1). – P. 173–186.

31. *Selms*, M. K., *Muzalev* K., *Visscher* C. M., *Koutris* M., *Bulut* M., *Lobbezoo* F. Are Pain-Related Temporomandibular Disorders the Product of an Interaction Between Psychological Factors and Self-Reported Bruxism? // *Journal of Oral Facial Pain Headache*. – 2017. – Vol. 31(4). – P. 331–338.

32. *Yap*, A. U., *Dworkin* S. F., *Chua* E. K., *List* T., *Tan* K. B., *Tan* H. H. Prevalence of temporomandibular disorder subtypes, psychologic distress, and psychosocial dysfunction in Asian patients // *Journal of Orofacial Pain*. – 2003. – Vol. 17(1). – P. 21–28.

*Поступила 26.09.2018 г.*