

УДК 616. 724 - 009. 7: 159. 922

**ПЕРСПЕКТИВЫ УЧЕТА
ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ АСПЕКТОВ ЛИЧНОСТИ
И СПЕЦИФИКИ ГЕНДЕРНОЙ МЕНТАЛЬНОСТИ
ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ
С СИНДРОМОМ БОЛЕВОЙ ДИСФУНКЦИИ
ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА.
ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ**

**Петриченко А. А.,
Шулаков В. В., Молчанов А. С.**

*ФГБОУ ВО «Московский государственный
медико-стоматологический университет
им. А. И. Евдокимова» Минздрава России,
кафедра челюстно-лицевой
и пластической хирургии,
г. Москва, Российская Федерация*

Цель работы — исследовать: 1) влияние эмоционально-личностной сферы пациентов на развитие болевого синдрома при дисфункции ВНЧС; 2) характеристики: маскулинность, фемининность и андрогинность.

Объекты и методы. Анализ научной литературы, посвященной психологическим проявлениям синдрома болевой дисфункции ВНЧС.

Результаты. Анализ доступной специальной литературы выявил наличие характерных особенностей психоэмоционального состояния у пациентов с синдромом болевой дисфункции ВНЧС. Их отличали склонность к подавлению негативного аффекта, невротический сверхконтроль аффективных реакций и неспособность к ассертивному поведению.

Заключение. Исследование гендерных различий пациентов по формированию болевого синдрома при оценке эффективности планируемого лечения на основе индивидуального подхода позволит оптимизировать процесс реабилитации пациентов с синдромом болевой дисфункции ВНЧС и сократить сроки лечения.

Ключевые слова: боль; хронический болевой синдром; височно-нижнечелюстной сустав; психологические аспекты; гендерный фактор.

**PROSPECTS FOR TAKING INTO ACCOUNT THE EMOTIONAL
ASPECTS OF PERSONALITY AND THE SPECIFICS
OF GENDER MENTALITY IN PLANNING TREATMENT
OF PATIENTS HAVING TMJ PAIN DYSFUNCTION SYNDROME.
LITERATURE REVIEW**

Petrichenko A. A., Shulakov V. V., Molchanov A. S.

*Moscow State University of Medicine and Dentistry named
by A. I. Evdokimov, Moscow, Russian Federation*

Introduction. More recently, a number of authors have pointed to a significant effect of the emotional-personal sphere of patients on the pathogenesis of TMJ pain dysfunction syndrome. Significant gender-based generalization asymmetry of this pathology, which is mainly found in women, has been established (G. Orme, 2003). Among other factors, it is being noted that there is greater emotional excitability of women, unlike men, they defiantly express the presence of potential pain. Greater susceptibility to stressors, depression, and neurosis are accompanied by increased muscle tone, including chewing muscle tone.

The aim is to study the influence of the emotional-personal sphere of patients on the development of pain syndrome by the temporomandibular joint dysfunction, as well as to study characteristics such as masculinity, femininity, and androgyny.

Objects and methods. Analysis of the scientific literature devoted to the psychological manifestations of temporomandibular joint pain dysfunction syndrome.

Results. The available literature analysis highlighted the presence of characteristic features of a psychoemotional state in patients with TMJ pain dysfunction syndrome. They were distinguished by a tendency to suppress negative affect, a neurotic overcontrol of affective reactions, and an inability to assertive behavior.

Conclusion. Studying the gender differences of patients by the pain syndrome formation, when assessing the effectiveness of the treatment planned on the basis of an individual approach, will speed up the process of rehabilitation of patients with TMJ pain dysfunction syndrome and reduce the treatment time.

Keywords: pain; chronic pain syndrome; TMJ syndrome; psychological aspects; gender-based factor.

Введение. Синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) занимает значительное место в структуре

стоматологической патологии. Несмотря на совершенствование методов комплексной диагностики и лечения, наблюдается тенденция к увеличению числа пациентов с функциональными нарушениями ВНЧС (М. М. Антоник, 2011; J. E. Carlson, 2009). Из существующих концепций этиологии и патогенеза данного заболевания, в настоящее время наибольшее распространение получили миогенная и окклюзионно-артикуляционная теории, согласно которым причинами возникновения и развития синдрома болевой дисфункции ВНЧС являются аномалии и деформации прикуса; нарушение целостности зубных рядов; изменение окклюзионной высоты; а также обусловленная указанными причинами дискоординация работы жевательных мышц (О. Г. Бугровецкая, 2006; В. Д. Пантелеев, Е. М. Рошин, 2011). В последнее время ряд авторов отмечают существенное влияние эмоциональной сферы личности пациента на патогенез синдрома болевой дисфункции ВНЧС. Установлена значимая гендерная асимметрия распространения данной патологии, которая преимущественно встречается у женщин (Г. Орме, 2003). Синдром болевой дисфункции ВНЧС является наиболее распространенной причиной хронического болевого синдрома в челюстно-лицевой области. Боль – ощущение со сложным нейрофизиологическим механизмом. Она выполняет функцию сигнала опасности для организма человека и является комплексом множества физиологических процессов, охватывающих все органы и системы, субъективно проявляющихся в виде психоэмоциональных страданий (Б. Н. Раимкулов, К. Б. Раимкулова, 2016). Как правило, боль сопровождается отрицательными эмоциональными переживаниями (J. Dersh et al., 2002). Соответственно, длительный болевой приступ, вызывая повышенные отрицательные эмоциональные переживания, способствует усилению депрессивных расстройств. В то же время существует теория, согласно которой психологические нарушения являются первичными, то есть присутствуют исходно до появления жалоб и, возможно, предрасполагают к их возникновению. В зависимости от индивидуальных и культурологических особенностей личности, наличия пережитого дистресса, одни и те же болевые стимулы у разных людей различаются по характеру, силе и выраженности ощущений (Г. Селье, 1982). Болевые ощущения выражены в большей степени у пациентов с высокими показателями по шкале личностной тревожности [2]. Большая подверженность стрессорам, депрессиям и неврозам сопровождается повышенным мышечным тонусом, в том числе и тонусом жевательной мускулатуры. Существуют гендерные отличия восприятия боли, которые детерминированы половыми различиями гормонального статуса паци-

ентов (А. Б. Данилова, Р. Р. Ильясов, 2015); культурными традициями и психологическими особенностями проявления негативных эмоций, сопутствующих болевому синдрому, принятыми в социальной среде (Mesquita, Albert, 2007); а также способами описания своих болевых ощущений мужчинами и женщинами [3]. Гендер – важный фактор, под влиянием которого формируется специфика ментальности индивида. Впервые термин «гендер» был введен Джоном Мани в 1955 году для обозначения «культурных» характеристик мужчин и женщин. Гендер в значительной степени определяет повседневное поведение каждого человека и социальный уклад в обществе. Существует большое число работ, посвященных исследованию особенностей ментальности мужчин и женщин (Н. Г. Макарова, 2007; Е. М. Фирсова, 2016; Н. А. Чуркина, 2018). На сегодняшний день понятие «гендерная ментальность» является широко используемым обобщающим понятием. Оно направлено на определение личностных трансформаций современных людей, происходящих под влиянием современного общества. Гендерная ментальность в большей или меньшей степени отражает проявления маскулинности и фемининности, оказывает непосредственное влияние на когнитивные процессы и эмоциональные реакции каждого человека. Гендерная ментальность формируется под влиянием биологических факторов, а также социокультурных и морально-этических представлений о типичном поведении мужчин и женщин, принятых в определенной социальной среде в конкретную историческую эпоху (Н. А. Чуркина, 2015). Маскулинность и фемининность формируют содержательно – смысловое пространство, в котором личность приобретает гендерную идентификацию (М. А. Севелова, 2011). Существует положительная связь между маскулинными качествами и психическим здоровьем, а также удовлетворенностью жизнью и позитивным настроением у лиц обоего пола [1]. В частности, отмечается большая эмоциональная возбудимость женщин в отличие от мужчин. Женщины более демонстративно выражают наличие потенциальных болевых ощущений [4]. Вместе с тем в результате изменений социальной роли женщины в современном обществе происходит выравнивание социальных ролей полов, наблюдается «маскулинизация» женщин, переосмысление субъектности фемининности и маскулинности (Э. М. Думнова, О. Д. Романников, 2013).

Цель работы – исследовать: 1) влияние эмоционально-личностной сферы пациентов на развитие болевого синдрома при дисфункции ВНЧС; 2) характеристики: маскулинность, фемининность и андрогинность.

Объекты и методы. Анализ научной литературы, посвященной психологическим проявлениям синдрома болевой дисфункции ВНЧС.

Результаты. Анализ специальной литературы позволил установить, что многими исследователями отмечается факт сопряженности высокой личностной и реактивной тревожности с клиническими проявлениями мышечно-суставной дисфункции, выражающейся в виде болевого синдрома. У лиц с низкими и умеренными показателями личностной и реактивной тревожности синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава или отсутствует, или имеет минимальные клинические проявления (Е. Н. Жулев и соавт., 2018). Для пациентов с синдромом болевой дисфункции ВНЧС характерен средний уровень личностной и реактивной тревожности, что свидетельствует об их повышенном напряжении, беспокойстве и частом дистрессе (И. М. Страндстрем, 2004). У лиц с легкой степенью проявления синдрома болевой дисфункции ВНЧС изменения в психоэмоциональной сфере менее заметны, отсутствуют выраженные аффективные расстройства. Они указывают на незначительные болевые ощущения при приеме пищи. У пациентов со средней степенью проявления синдрома болевой дисфункции ВНЧС наблюдаются эмоциональная нестабильность, повышенная тревожность, ипохондрическая фиксация на болезненных ощущениях. У лиц с тяжелой степенью расстройства наблюдаются выраженные аффективные нарушения. Многие из них чувствуют безысходность, испытывают разочарование в лечении (К. Г. Караков и соавт., 2014). Такие пациенты отмечают наличие постоянных болевых ощущений, иррадиирующих в висок, ухо, затылочную область. Нарушение вегетативного баланса в виде умеренной активации симпатического отдела вегетативной нервной системы подтверждает роль дистресса в утяжелении клинической картины синдрома болевой дисфункции ВНЧС [5].

Заключение. Для пациентов с синдромом болевой дисфункции ВНЧС характерны особенности психоэмоционального состояния в виде склонности к подавлению негативного аффекта, невротического сверхконтроля аффективных реакций, неспособности к асертивному поведению. В связи с этим представляется актуальным дальнейшее исследование этиологического значения эмоциональных свойств личности пациента при синдроме болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, а также таких характеристик, как маскулинность, фемининность, андрогинность. Актуальным является исследование гендерных различий пациентов при формировании болевого синдрома, при оценке эффективности проводимого

лечения, планируемого на основе индивидуального подхода. Учет психологических особенностей пациентов и адекватная психотерапия, психофармакотерапия, назначенные пациентам на ранних этапах болезни, позволят оптимизировать процесс реабилитации пациентов с синдромом болевой дисфункции ВНЧС и сократить сроки лечения.

Литература.

1. Исаев, Д. Д. Психологическое понимание и измерение пола : учеб. пособие / Д. Д. Исаев. – СПб. : СПб. ГПМУ, 2012 – 63 с.
2. Карвасарский, Б. Д. Клиническая психология : учебник / Б. Д. Карвасарский. – СПб. : Питер, 2013 – 864 с.
3. Кравченко, Л. М. Гендерные различия при описании пациентами болевых ощущений / Л. М. Кравченко. – Волгоград : Волгогр. гос. ун-т., 2011. – С. 91–95.
4. Осипова, В. В. Психологические аспекты боли / В. В. Осипова. – М. : МГМА им. И. М. Сеченова, 2010 – 6 с.
5. Особенности психоэмоционального состояния и вегетативного статуса пациентов с болевой дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава / А. Н. Карелина [и др.] // Рос. стом. журн. – 2016. – № 2. – С. 84–87.