

DOI: 10.31393/reports-vnmedical-2019-23(4)-06

УДК: 616.724 -008.6

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ХВОРИХ НА М'ЯЗЕВО-СУГЛОВОУ ДИСФУНКЦІЮ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБУ

Костюк Т.М.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця (бульвар Тараса Шевченка, 13, м. Київ, Україна, 01601)

Відповідальний за листування:
e-mail: k-tm@ukr.net

Статтю отримано 23 серпня 2019 р.; прийнято до друку 03 жовтня 2019 р.

Анотація. Патологія скронево-нижньощелепного суглобу (СНЩС) є однією з найскладніших у практиці лікаря-стоматолога, тому пацієнти звертаються до різних лікарів. Часто захворювання приймає психосоматичний характер, тому пацієнти в анамнезі відзначають наявність стресу, порушення сну, головні болі, хронічну втому і дратівливість. Метою дослідження є вивчення та порівняльний аналіз характеру та ступеню психологічних проявів у пацієнтів з дисфункцією СНЩС відповідно до ступеню клінічних проявів патології. Загалом було обстежено 834 осіб з дисфункцією СНЩС, що мали різні етіологічні причини, різні скарги та різні клінічні прояви. Для оцінки психологічного статусу пацієнтів використали: Гіссенський опитувальник соматичних скарг, Торонтську алекситимічну шкалу, методику вивчення типу ставлення до хвороби ТООБЛ, проективну методику “Я здоровий і Я хворий”, модифіковану 10-ступінчасту шкалу суб’єктивного аналізу болю FPS-R (на основі Baeyers). Для попарного порівняння груп пацієнтів використовували непараметричний критерій Уїлксона-Манна-Уїтні, в якості критичного був прийнятий рівень 1 значущості $p=0,01$. Для порівняння розподілів двох сукупностей використовували критерій χ^2 (хі-квадрат). Встановлено, що у групі хворих з патологією СНЩС, основною скаргою є біль (77,1%), тип відношення до хвороби - переважно тривожний (59,5%), а рівень алекситимії є високим (78%). Таким чином, були визначені мішені психологічного впливу на пацієнтів з дисфункцією СНЩС та вироблена тактика їх психологічного супроводу на всіх етапах лікування.

Ключові слова: м'язово-суглобова дисфункція, скронево-нижньощелепний суглоб, клінічний індекс, психологічні прояви, психокорекція стану.

Вступ

Захворювання скронево-нижньощелепних суглобів (СНЩС) є однією з найпоширеніших патологій щелепно-лицевої ділянки як в Україні, так і за кордоном і становить від 10,1 до 75% [7]. Патологія СНЩС є однією з найскладніших у практиці лікаря-стоматолога, тому пацієнти звертаються до різних лікарів (стоматологів, неврологів, отоларингологів, остеопатів та ін.). При діагностиці захворювань СНЩС використовуються наступні додаткові методи дослідження: аксіографія, оклюзіографія, електроміографія, комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна томографія. Часто захворювання приймає психосоматичний характер, тому пацієнти в анамнезі відзначають наявність стресу, порушення сну, головні болі, хронічну втому і дратівливість. Більшу частину хворих на больову дисфункцію СНЩС складають жінки клімактеричного періоду, який змінює як фізичний, так і психічний стан, пов'язаний з лабільним гормональним фоном [4, 8]. Для них характерні: депресія, дратівливість, прискіпливість, примхливість, тривога, занепокоєння, стан психоемоційного напруження [1]. До того ж психоемоційні порушення часто знижують ефективність проведеного лікування [3], з'являється зайва тривожність щодо можливого негативного результату лікування [2].

Дисфункційні стани СНЩС характеризується скаргами на шумові явища у суглобі, біль та тугу рухомість у суглобі, частими проявами головного болю, іноді запамороченням, шумом у вухах, зниженням слуху, печінням передньої третини язика, офтальмологічними та мус-

кулярними симптомами. Прояви можуть бути як одно-, так і, двосторонніми.

Метою дослідження є вивчення та порівняльний аналіз характеру та ступеню психологічних проявів у пацієнтів з дисфункцією скронево-нижньощелепного суглобу відповідно до ступеня клінічних проявів патології для підвищення якості надання стоматологічної допомоги.

Матеріали та методи

Протягом десяти років (2009-2019) ми проводили обстеження та лікування пацієнтів з дисфункцією СНЩС на базі Стоматологічного медичного центру та кафедри ортопедичної стоматології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця. Репрезентативний контингент хворих нараховував 834 особи (542 жінки та 292 чоловіка), вікового діапазону від 16 до 65 років (табл. 1). Детальний аналіз даних комплексу параклінічних методів дослідження проводили на всіх етапах лікування та ведення пацієнтів. За підсумками клінічного обстеження, усі пацієнти були розділені на групи: групу 0 (контрольну) становили 100 осіб, що мали інтактний зубний ряд, які не пред'являли скарги на стан СНЩС і не мали ознак м'язово-суглобової дисфункції СНЩС. До першої клінічної групи (610 осіб) увійшли пацієнти, які не мали скарг з боку СНЩС і жувальних м'язів, звернулися до клініки з приводу санації ротової порожнини чи протезування, але мали ранні ознаки дисфункції, виявлені при обстеженні. Клінічний індекс дисфункції заз-

Таблиця 1. Кількість обстежених пацієнтів.

Клінічні групи	Всього	Жінки		Чоловіки	
		Абс.	%	Абс.	%
0	100	67	7,1	33	3,5
I	610	389	41,6	221	23,7
II	160	112	12,0	48	5,1
III	64	41	4,4	23	2,5
Всього	934	609	65,2	325	34,7

начених пацієнтів був у межах $n=0-5$. Другу клінічну групу (160 осіб) становили пацієнти зі скаргами на стан СНЩС і жувальних м'язів і вираженими клінічними ознаками м'язово-суглобової дисфункції (хрускіт, дискомфорт, скутість тощо). Клінічний індекс дисфункції зазначених пацієнтів відповідав середньому ступеню тяжкості $n=6-15$. І третю клінічну групу (64 особи) становили пацієнти з вираженими ознаками больової дисфункції СНЩС (біль при відкриванні рота, біль при пальпації жувальних м'язів, девіації та дефлекції нижньої щелепи, тривожний стан тощо ($n=15-25$, тяжкий ступінь) (табл. 1). Саме дані всіх цих пацієнтів і були нами проаналізовані.

Для оцінки психологічного статусу пацієнтів з патологією СНЩС використовували наступні методики: Гіссенський опитувальник соматичних скарг, Торонтську алекситимічну шкалу, методику вивчення типу ставлення до хвороби ТООЛ, проективну методику "Я здоровий і Я хворий". В якості суб'єктивного аналізу болю використовували модифіковану 10-ступінчасту шкалу FPS-R (на основі Baeyers).

Статистичний аналіз отриманих результатів проводили в програмному середовищі. Для попарного порівняння груп пацієнтів використовували непараметричний критерій Уїлксона-Манна-Уїтні. У даному дослідженні в якості критичного був прийнятий рівень 1 значущості $p=0,01$. Для порівняння розподілів двох сукупностей використовували критерій χ^2 (хі-квадрат).

Результати. Обговорення

Обстеження 834 осіб з дисфункцією СНЩС виявило різні етіологічні причини, такі, як, наприклад: зниження міжальвеолярної висоти внаслідок глибокого прикусу, ускладненого частковою відсутністю зубів, генералізована патологічне стирання зубів, вторинні деформації оклюзії тощо. Усі хворі пред'являли скарги на шумові явища в суглобі, скутість при рухах нижньої щелепи вранці, яка проходить протягом дня, ниючий біль і хрускіт у суглобі, який посилюється при жуванні та при щільному стисненні щелеп.

За проаналізованими та обробленими нами даними: 77,1% ($p<0,05$) пацієнтів відзначали часті головні болі: 71,5% ($p<0,05$) - біль і шум у вухах; 55,0% ($p<0,05$) - біль та дискомфорт у жувальних м'язах; 31,4% ($p<0,05$) - сухість у роті; 27,5% ($p<0,05$) - болі та хрускіт в інших суглобах; 67,5% - зниження тактильної і больової чутли-

вості в ділянці іннервації II та III гілок трійчастого нерва на ураженій стороні.

Відчуття слабкості відзначали 48% ($p<0,01$) респондентів, підвищене серцебиття та перебої в роботі ССС - 27,5% ($p<0,001$), відчуття тиску або переповнення в животі - 12,5% ($p<0,01$), схильність до плачу - 43% ($p<0,01$), відчуття свербожу - 11,1% ($p<0,005$), наявність неприємності в анамнезі вказали 11,3% ($p<0,005$). Підвищена сонливість відзначена у 60,5% ($p<0,05$) опитаних, зниження статевої збудливості відзначили лише 5,5% ($p<0,001$), болі в суглобах і кінцівках турбували 68% ($p<0,05$) випробовуваних, запаморочення різного ступеня тяжкості характерно для 49,5% ($p<0,05$) опитаних, болі в попереку та спині - 68% респондентів. Сильну пітливість відзначають 38,5% ($p<0,05$) опитаних, болі в ший або плечових суглобах завдають клопоту 68% ($p<0,05$) опитаних, порушення координації виявлено у 22% респондентів. Питома вага скарг припадає на вікову групу 34-44 роки. Розлади зору відзначають 32% ($p<0,05$) опитаних, причому у 12% ($p<0,05$) спостерігаються значні порушення. Такі симптоми, як судоми, нудота, збільшення ваги останнім часом, відчуття клубка в горлі, позиви до сечовипускання, шкірні зміни та відрижка зустрічаються не часто (у межах 1,4-1,6%), у більшості випадків у старшій віковій групі. На підвищену чутливість до холоду поскаржилися 59,5% ($p<0,05$) респондентів, печія турбувала 34% ($p<0,05$) випробовуваних, не залежно від віку та статі. На спазми в руці при письмі та швидку виснаженість вказали 16,5% ($p<0,05$) респондентів, частіше це турбує представників старшої вікової групи. Розлади сну відзначали 28,5% ($p<0,05$) респондентів, скарги на хронічну втому різного ступеня вираження та частоту виникнення пред'являли 82,1% ($p<0,05$).

За результатами опитування досліджуваних пацієнтів відзначено: труднощі при ковтанні відчували лише 5,5% ($p<0,05$) респондентів, відсутність апетиту відзначали 11% ($p<0,05$) опитаних, скаргилися на незначні порушення функції ШКТ 16,5% ($p<0,05$) хворих, нечасті болі у горлі та мовні розлади турбували лише 11% ($p<0,05$) опитаних. Виникнення перерахованих вище симптомів, а також млявість, болі у шлунку, відсутність апетиту, зниження ваги пацієнти пов'язували з початком захворювання скронево-нижньощелепного суглобу. Інші симптоми, зазначені в методиці, виражені незначно та не мають діагностичного та профілактичного значення.

Торонтська алекситимічна шкала - інструмент для вимірювання та оцінки алекситимії - психологічної характеристики особистості, яка полягає в зниженні або відсутності здатності до розпізнавання, диференціювання та вираженню емоціональних переживань і тілесних відчуттів. Ступінь вираження алекситимії характеризує емоційний інтелект людини та має для лікаря важливе прогностичне значення у визначенні прогнозу перебігу захворювання, лікування та одужання хворого. У групі хворих з патологією СНЩС, не залежно від віку,

але достовірно частіше у жінок, ніж у чоловіків, виявляється високий рівень алекситимії (вище 60 балів) 78% ($p < 0,05$).

Дослідження типу відношення до хвороби дозволило отримати наступні результати. У групі хворих з патологією СНЩС практично діагностуються наступні типи відношення до хвороби: паронейальний (39,5%, $p < 0,05$) - вважають, що лікарі винні у прогресуванні перебігу захворювання та відсутності полегшення страждання, трижовний (59,5%, $p < 0,05$) - хворі відчувають безперервне занепокоєння, часто змінюють лікаря, виявляють недовіру застосованим методам лікування та лікарських призначень, вимагають підвищеної уваги до себе. Сформована інтрапсихічна спрямованість особистості на хворобу свідчить про зниження соціальної адаптації. Паронейальний, егоцентричний, дисфоричний типи ставлення до хвороби формують блок інтерпсихічної спрямованості особистості, що також перешкоджає соціальної адаптації пацієнта.

Аналізуючи тест пацієнтів на тему "Я здоровий - я хворий", нами були виявлені такі характерні особливості: 4,9% ($p < 0,05$) хворих не змогли впоратися із завданням. Воно викликало труднощі, після кількох спроб пацієнти припиняли виконання. 9,8% ($p < 0,05$) зображували на малюнках те, що заміщує даними символами власний малюнок людської фігури з негативним емоційним станом. Однак і на таких малюнках чітко читається передача стану. Промальований рот з опущеними куточками та аналогові малюнки вказують на зниження емоційного фону. Але диференціювати емоцію по малюнку таких пацієнтів неможливо, що опосередковано вказує на виражений алекситимічний радикал. 89,9% пацієнтів, виконуючи дану методику, зображують на малюнках лише голову, причому з чітко промальованою ділянкою рота, що вказує на наявність психологічних проблем, пов'язаних саме з цією частиною тіла. На частині малюнків виявляються ознаки, які свідчать про наявність вербальної агресії. Якісний аналіз малюнків дозволив зробити висновок, що незалежно від статі та віку, всім досліджуваним властиво "застрягнути", педантизм, акуратність. Ці характеристики можна застосувати і до поведінки пацієнтів, і до способу реагування на події, які відбуваються: а саме - підвищена концентра-

ція на своєму захворюванні. Цей факт необхідно враховувати при лікуванні даних пацієнтів.

Таким чином, для психологічного супроводу хворих на м'язево-суглобову дисфункцію скронево-нижньощелепного суглобу рекомендовано, щоб психолог починав роботу з пацієнтом вже при першому зверненні його до стоматолога. За результатами первинної клінічної бесіди необхідно складати план психологічного супроводу такого пацієнта [6]. Паралельно здійснюється клінічне основне та додаткове діагностичне обстеження пацієнта та його психодіагностика. На підставі отриманих даних про загальний стан хворого формується план надання комплексної лікувально-психологічної допомоги [5, 8]. Під час основного лікування психокорекційні заходи необхідно поєднувати з психопрофілактикою вторинних порушень психологічного здоров'я пацієнтів, ймовірність появи яких висока внаслідок тривалого лікування. При відсутності зазначених заходів комплаєнтність хворого знижується, він може самостійно перервати лікування, тим самим погіршивши свій стан. Зусилля лікаря при цьому виявляються даремно витраченими, що знижує його професійну самооцінку та ступінь професійної задоволеності. Це, безумовно, відображене на показниках якості надання стоматологічної допомоги населенню.

У подальшому планується поглибити дослідження психологічного стану пацієнтів з дисфункцією скронево-нижньощелепних суглобів. Зважаючи на проаналізовані нами дані дослідження доцільно проводити як в якості початкової діагностики, так і кожні три місяці під час лікування з метою виявлення змін та коректування лікувальних заходів.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. У результаті проведеного дослідження були визначені мішені психологічного впливу на пацієнтів з дисфункцією СНЩС та вироблена тактика їх психологічного супроводу на всіх етапах лікування.

Вдосконалення діагностичного алгоритму пацієнтів, що мають м'язево-суглобову дисфункцію СНЩС дозволить підвищити якість надання стоматологічної допомоги пацієнтам.

Список посилань

1. Караков, К. Г., Хачатурян, Э. Э., Саргисян, А. Э., & Темирболлатова, А. Х. (2014). Психологические особенности синдрома дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*, 2, 89-92. Взято с <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=21211968>.
2. Коцюбинская, Ю. В., Лопушанская, Т. А., Михайлов, В. А., & Ашнокова, И. А. (2014). Ведущие копинг-механизмы у пациентов с синдромом болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. *Неврологический вестник*, 4, 11-15. Взято с <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=22626292>.
3. Потапов, В. П., Пономарев, А. В., Захарова, Е. В., Садыков, И. Д., Мальцева, А. В., Гелетин, П. В. (2018). Медико-психологическое сопровождение больных остеоартрозом височно-нижнечелюстного сустава. *Вестник медицинского института "РЕАВИЗ"*, 5, 115-117. Взято с <http://www.fesmu.ru/elib/Article.aspx?id=380060>.
4. Потапов, И. В., Пономарев, А. В., & Мальцева, А. В. (2015). Диагностика остеоартроза как осложнения синдрома болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава при помощи спиральной компьютерной томографии. *Известия Самарского научного центра Российской академии наук*, 17, 5 (3), 849-852. Взято с <https://cyberleninka.ru/article/n/diagnostika-osteoartroza-kak-oslozhneniya-sindroma-bolevoy-disfunktsii-visochno-nizhnechelyustnogo>

- sustava-pri-pomoschi-spiralnoy.
- Manfredini, D., Guarda Nardini, L., Winocur, E., Piccotti, F., Ahlberg, J., & Lobbezoo, F. (2011). Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: a systematic review of axis epidemiologic findings. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology and endodontology*, 112, 453-62. doi: 10.1016/j.tripleo.2011.04.021.
 - Maglione, H. O., de Zavaleta, L. A., Laraudo, J., Falisi, G., & Fernandez, F. (2013). Temporomandibular dysfunction: internal derangement associated with facial and or mandibular asymmetry. *Cranio*, 31, 276-82. DOI: 10.1179/crn.2013.31.4.005.
 - Mehul, J. D., Vikramjeet, S., Shawnjeet, S. (2013). Myofascial Pain Syndrome: A Treatment. *Review. Pain and Ther.*, 2(1), 21-36. Doi: 10.1007 / s40122-013-0006-y.
 - Reissmann, D. R., John, M. T., Seedorf, H., Doering, S., & Schierz, O. (2014). Temporomandibular disorder pain is related to the general disposition to be anxious. *J. Oral Facial Pain Headache. Fall*, 28(4), 322-30. doi: 10.11607/ofph.1277.

References

- Karakov, K. G., Hachaturyan, E. E., Sargisyan, A. E., & Temirbolatova, A. H. (2014). Psihologicheskie osobennosti sindroma disfunkcii visochno-nizhnechelyustnogo sustava [Psychological features of the temporomandibular joint dysfunction syndrome]. *Mezhdunarodnyj zhurnal prikladnyh i fundamentalnyh issledovanij - International Journal of Applied and Basic Research*, 2, 89-92. Vzyato s <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=21211968>.
- Kocubinskaya, Yu. V., Lopushanskaya, T. A., Mihajlov, V. A., & Ashnokova, I. A. (2014). Vedushie koping-mehanizmy u pacientov s sindromom bolevoj disfunkcii visochno-nizhnechelyustnogo sustava [Leading coping mechanisms in patients with temporomandibular joint pain dysfunction syndrome]. *Nevrologicheskij vestnik - Neurological Bulletin*, 4, 11-15. Vzyato s <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=22626292>.
- Potapov, V. P., Ponomarev, A. V., Zaharova, E. V., Sadykov, I. D.,

Malceva, A. V., Geletin, P. V. (2018). Mediko-psihologicheskoe soprovozhdenie bolnyh osteoartrozom visochno-nizhnechelyustnogo sustava [Medical and psychological support for patients with osteoarthritis of the temporomandibular joint]. *Vestnik medicinskogo instituta "REAVIZ" - Bulletin of the medical institute "REAVIZ"*, 5, 115-117. Vzyato s <http://www.fesmu.ru/elib/Article.aspx?id=380060>.

- Potapov, I. V., Ponomarev, A. V., & Malceva, A. V. (2015). Diagnostika osteoartroza kak oslozhneniya sindroma bolevoj disfunkcii visochno-nizhnechelyustnogo sustava pri pomoshi spiralnoj kompyuternoj tomografii [Diagnosis of osteoarthritis as a complication of the syndrome of pain dysfunction of the temporomandibular joint using spiral computed tomography]. *Izvestiya Samarskogo nauchnogo centra Rossijskoj akademii nauk - Proceedings of the Samara Scientific Center of the Russian Academy of Sciences*, 17, 5 (3), 849-852. Vzyato s <https://cyberleninka.ru/article/n/diagnostika-osteoartroza-kak-oslozhneniya-sindroma-bolevoj-disfunktsii-visochno-nizhnechelyustnogo-sustava-pri-pomoschi-spiralnoy>.
- Manfredini, D., Guarda Nardini, L., Winocur, E., Piccotti, F., Ahlberg, J., & Lobbezoo, F. (2011). Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: a systematic review of axis epidemiologic findings. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology and endodontology*, 112, 453-62. doi: 10.1016/j.tripleo.2011.04.021.
- Maglione, H. O., de Zavaleta, L. A., Laraudo, J., Falisi, G., & Fernandez, F. (2013). Temporomandibular dysfunction: internal derangement associated with facial and or mandibular asymmetry. *Cranio*, 31, 276-82. DOI: 10.1179/crn.2013.31.4.005.
- Mehul, J. D., Vikramjeet, S., Shawnjeet, S. (2013). Myofascial Pain Syndrome: A Treatment. *Review. Pain and Ther.*, 2(1), 21-36. Doi: 10.1007 / s40122-013-0006-y.
- Reissmann, D. R., John, M. T., Seedorf, H., Doering, S., & Schierz, O. (2014). Temporomandibular disorder pain is related to the general disposition to be anxious. *J. Oral Facial Pain Headache. Fall*, 28(4), 322-30. doi: 10.11607/ofph.1277.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ БОЛЬНЫХ МЫШЕЧНО-СУСТАВНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Костюк Т.М.

Аннотация. Патология височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) является одной из самых сложных в практике врача-стоматолога, поэтому пациенты обращаются к разным врачам. Часто заболевание принимает психосоматический характер, поэтому пациенты в анамнезе отмечают наличие стресса, нарушения сна, головные боли, хроническую усталость и раздражительность. Целью исследования является изучение и сравнительный анализ характера и степени психологических проявлений у пациентов с дисфункцией ВНЧС согласно степени клинических проявлений патологии. Всего было обследовано 834 человек с дисфункцией ВНЧС, имевших различные этиологические причины, различные жалобы и различные клинические проявления. Для оценки психологического статуса пациентов использовали: Гессенский опросник соматических жалоб, Торонтскую алекситимическую шкалу, методику изучения типа отношения к болезни Тобол, проективную методику "Я здоров и я болен", модифицированную 10-ступенчатую шкалу субъективного анализа боли FPS-R (на основе Bayers). Для парного сравнения групп пациентов использовали непараметрический критерий Уилксона-Манна-Уитни, в качестве критического был принят уровень 1 значимости $p=0,01$. Для сравнения распределений двух совокупностей использовали критерий χ^2 (хи-квадрат). Установлено, что в группе больных с патологией ВНЧС, основной жалобой является боль (77,1%), тип отношения к болезни - преимущественно тревожный (59,5%), а уровень алекситимии является высоким (78%). Таким образом, были определены мишени психологического воздействия на пациентов с дисфункцией ВНЧС и разработана тактика их психологического сопровождения на всех этапах лечения.

Ключевые слова: мышечно-суставная дисфункция, височно-нижнечелюстной сустав, клинический индекс, психологические проявления, психокоррекция состояния.

PECULIARITIES OF PSYCHOLOGICAL SUPPORT OF PATIENTS WITH MUSCULAR-JOINT DYSFUNCTION OF THE TEMPOROMANDIBULAR JOINT

Kostiuk T.M.

Annotation. The pathology of the temporomandibular joint (TMJ) is one of the most difficult in the practice of the dentist, so patients go to different doctors. Often, the disease is psychosomatic, so patients have a history of stress, sleep disorders, headaches, chronic fatigue. The aim of the study is to study and comparatively analyze the nature and extent of psychological manifestations in patients

with dysfunction of the temporomandibular joint according to the degree of clinical manifestations of the pathology irritability. In total, we examined 834 people with CNS dysfunction who had different etiologic causes, different complaints, and different clinical manifestations. To assess the psychological status of patients used: Gissen somatic complaints questionnaire, Toronto alexithymic scale, the method of studying the type of attitude to the disease Tobol, projective methodology "I am healthy and I am sick", modified 10-point FPS-R (Bayers-based) subjective pain analysis scale. It was found that in the group of patients with pathology of the TMJ, the main complaint was pain (77.1%), the type of attitude to the disease is mainly alarming (59.5%), and the level of alexithymia is high (78%). Based on the received data on the general condition of the patient, they form a plan of providing comprehensive medical and psychological care, in which during the basic treatment psycho-corrective measures are combined with psychoprophylaxis of secondary disorders of the psychological health of patients.

Keywords: *musculoskeletal dysfunction, temporomandibular joint, clinical index, psychological manifestations, psychocorrection.*
