

PSYCHICKÉ FAKTORY NA POZADÍ ONEMOCNĚNÍ ČELISTNÍHO APARÁTU: VÝCHODISKA PRO DIAGNOSTIKU A TERAPII

souborný článek

Jan Vantuch¹
Petr Šilhán^{1,2}
Zdeněk Guřan³
Eva Kovalová⁴
Tereza Lubojacká⁴
Jiří Stránský⁴
Jan Štembírek^{4,5,6}

¹Oddělení psychiatrické FN Ostrava

²Katedra klinických neurověd LF OU, Ostrava

³Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství FN Ostrava

⁴Klinika ústní, čelistní a obličejové chirurgie FN Ostrava

⁵Katedra kraniofaciálních oborů LF OU, Ostrava

⁶Laboratoř molekulární morfogeneze, Ústav živočišné fyziologie a genetiky AV Brno.

Kontaktní adresa:

MUDr. Jan Štembírek, Ph.D.
Klinika ústní, čelistní a obličejové chirurgie
Fakultní nemocnice Ostrava
17. listopadu 1790/5
708 52 Ostrava
e-mail: jan.stembirek@fno.cz

Článek vznikl za podpory grantu AZV ČR/2020 (NU20-06-00189).

SOUHRN

Vantuch J, Šilhán P, Guřan Z, Kovalová E, Lubojacká T, Stránský J, Štembírek J. Psychické faktory na pozadí onemocnění čelistního aparátu: východiska pro diagnostiku a terapii

Temporomandibulární poruchy (TMP) představují rozmanitou skupinu klinických syndromů, jež jsou spojeny s bolestmi a/nebo dysfunkcemi čelistního kloubu a žvýkacích svalů, proto je terapie tohoto onemocnění komplikovaná a vyžaduje multioborovou spolupráci nejčastěji maxilofaciálního chirurga, fyzioterapeuta a psychologa. Článek se primárně zaměřuje na shrnutí současných poznatků o etiologickém podílu psychických faktorů u této skupiny onemocnění. Ačkoliv hypotéza o podílu psychiky při rozvoji TMP je odbornou veřejností obecně přijímána, dostupné poznatky jsou zřídka uváděny do klinické praxe. To může souviset s faktem, že podobně jako v somatické rovině je rovněž v rovině psychologické přítomná značná heterogenita klinického obrazu pacientů s TMP, což komplikuje plánování léčby. V článku jsou uvedeny hlavní kategorie psychických faktorů spojovaných s TMP: 1. psychiatrická komorbidita s důrazem na symptomatiku úzkosti a deprese, 2. vliv stresových životních událostí a jejich zvládnání, 3. kontext individuální osobnostní organizace pacientů, vliv rysů neuroticismu a alexithymie. Přehledově jsou popsány poznatky o možnostech psychotherapeutické a psychosociální léčby jakožto doplňku léčby konvenční. Shrnutí jsou informace

SUMMARY

Vantuch J, Šilhán P, Guřan Z, Kovalová E, Lubojacká T, Stránský J, Štembírek J. Psychological factors in the background of diseases of the jaw apparatus: starting points for diagnosis and therapy

Temporomandibular disorders (TMDs) are a diverse group of clinical syndromes associated with pain and/or dysfunction of the temporomandibular joint and masticatory muscles. The treatment of these disorders is, therefore, complicated and requires multidisciplinary collaboration, most commonly between a maxillofacial surgeon, a physiotherapist and a psychologist. The primary focus of this article is to summarize the current knowledge on the etiological contribution of psychological factors in this group of diseases. Although the hypothesis of the involvement of psyche in the development of TMP is generally accepted by the professional community, the available evidence is rarely put into clinical practice. This may be related to the fact that, similar to the somatic level, considerable heterogeneity is also present in the psychological clinical picture of TMP patients, which complicates treatment. The main categories of psychological factors associated with TMP are presented in this article: 1. psychiatric comorbidity with emphasis on anxiety and depression symptoms, 2. the influence of stressful life events and coping with them, 3. the context of individual personality of patients, the influence of neuroticism and alexithymia. Current knowledge on the possibilities

o efektivitě postupů kognitivně-behaviorální terapie, hypnotherapie a self-management strategií v rámci komplexní léčby TMP. Diskutovány jsou diagnostické a terapeutické implikace zmíněných poznatků, možnosti dalšího výzkumu, doporučení pro klinickou praxi opírající se o multidisciplinární přístup zahrnující mimo somatické léčby i léčbu psychologickou a psychiatrickou. Znalost možných psychologických příčin těchto na první pohled somatických potíží umožňuje praktikujícím odborníkům lepší identifikaci pacientů s potenciálně vyšším rizikem neúspěchu konvenční léčby, která vede k následné chronifikaci obtíží, snižuje kvalitu života pacienta a umocňuje proživaný psychologický distres. Spolupráce mezi odborníky z oborů stomatologie, maxilofaciální chirurgie, fyzioterapie, psychiatrie a klinická psychologie je z tohoto hlediska žádoucí.

Klíčová slova: bolest obličeje, čelistní kloub, psychotherapie, psychologické vyšetření.

of psychotherapeutic and psychosocial treatment as an adjunct to conventional treatment is reviewed and presented, as well as information on the effectiveness of cognitive-behavioral therapy, hypnotherapy, and self-management strategies in the comprehensive treatment of TMP. Besides, the diagnostic and therapeutic implications of these findings are discussed, along with the possibilities for further research and recommendations for clinical practice based on a multidisciplinary approach including psychological and psychiatric treatment complementing somatic treatment. The knowledge of the possible psychological causes of these seemingly somatic problems can allow practitioners to better identify patients with a potentially higher risk of the failure of conventional treatment, which leads to subsequent chronification of the difficulties, reduces the patients' quality of life, and increases their psychological distress. Collaboration among specialists from the fields of dentistry, maxillofacial surgery, physiotherapy, clinical psychology, and psychiatry is, from this perspective, highly desirable and can greatly improve the treatment outcomes.

Key words: facial pain, temporomandibular joint, psychological examination, psychological therapy.

ÚVOD

Onemocnění čelistního aparátu představují heterogenní skupinu poruch a dysfunkcí, pro něž se v odborné literatuře užívá souhrnný pojem temporomandibulární poruchy (TMP). Specificky do této kategorie zahrnujeme bolestivé syndromy postihující oblast žvýkacích svalů a/nebo čelistních kloubů.¹ Projevy poruchy mohou být značně individuální, počínaje prostou bolestí v oblasti čelistního kloubu a obličeje přes poruchy hybnosti čelistního kloubu, zvukové fenomény a bolest v čelistním kloubu při pohybu až po zvýšenou citlivost zubů, chronické bolesti hlavy, pískání a bolesti v uších, závratě či bolesti v oblasti krku, ramen i zad.^{2,3}

Výskyt projevů TMP je vysoký, ačkoliv pouze část populace pro potíže vyhledá odbornou pomoc. TMP představují nejčastější příčinu orofaciálních bolestí nezubního původu.⁸ U 50–70 % lidí se v nějaké fázi života vyskytne jeden či více subklinických projevů TMP, u zhruba 20 % dochází k rozvoji přetrvávajících symptomů a zhruba 5 % populace vyhledá odbornou léčbu.^{2,7} Výskyt TMD je častější u žen, a to v poměru 2 : 1 až 4 : 1.^{6–9}

Etiopatogeneze TMP je považována za multifaktoriální. Roli zde hrají makrotraumata (úrazy čelistí), vady skusu (protetické i ortodontické), stres (v dnešní době jeden z hlavních faktorů), degenerativní změny (artróza), infekční onemocnění (borelióza), případně i systémová postižení jako revmatoidní artritida nebo psoriáza.⁴ V rozvoji potíží však nejčastěji mají význam mikrotraumata, tzv. parafunkční návyky postihující klíčovou oblast tváře a čelisti. Jedná se o jakékoliv abnormální chování či funkce žvýkacího aparátu. Typicky zde zařazujeme bruxismus (zejména spánkový), zatínání zubů, kousání nehtů, rtů či jiných objektů (např. tužky), nadměrné žvýkání žvýkaček, u dětí pak také cucání a sání palců.^{3–6} Přítomnost těchto aktivit je považována za predispozici pro rozvoj poruch čelistního aparátu. Skrze mikrotraumatické působení mohou tyto činnosti vést k rozvoji dislokace kloubního disku, poškození podpůrných kloubních struktur (chrupavka, synovie) a rozvoji zánětů kloubu.^{4,5}

Přítomnost parafunkčních orálních aktivit je dlouhodobě dávána do souvislosti s psychologickými faktory, zejména s prožitkem stresu v kontextu individuální

osobnostní organizace, frustrační tolerance, rozvinutých copingových strategií a celkové nezdolnosti. Poznatky o psychologickém fungování jedinců s TMP je možné roztrždit do několika oblastí: psychiatrické komorbidity, souvislost se stresovými životními událostmi, strategie zvládání stresu a osobnostní rysy. V následujícím textu pojednáme o jednotlivých oblastech blíže s ohledem na jejich diagnostické a terapeutické implikace u pacientů s TMP.

KOMORBIDITA U PACIENTŮ S TMP

Role psychologických faktorů při rozvoji TMP je obecně přijímaná,¹⁰ nicméně jejich konkrétní podoba může být velmi rozmanitá. U části pacientů se projevuje úzkostně-depresivní symptomatika, zatímco u části tato naopak chybí a dominují parafunkční aktivity bez manifestní emocionální dysfunkce, což může souviset s nahrazujícími mechanismy somatizace. U pacientů s TMP výzkum obecně ukazuje na vyšší prevalenci úzkosti a deprese.^{10–16} Předpokládá se, že komorbidní prožitky deprese a úzkosti hrají roli nejen v rozvoji, ale i v udržování TMP.¹³ U některých pacientů se psychologická tenze může manifestovat mj. v kompulzivním jednání, jež má nejčastěji formu parafunkční aktivity – kousání nehtů. Nutno podotknout, že vyšší výskyt negativní emocionality může souviset s celkovým osobnostním fungováním a dispozicemi, o kterých pojednáváme níže.

VLIV STRESOVÝCH ŽIVOTNÍCH UDÁLOSTÍ U TMP

Asociace mezi prožitkem stresu a TMP byla podrobně zkoumána.^{17–25} Pojmeme stres obecně rozumíme stav nevyrovnanosti mezi potřebami a dostupnými zdroji naplnění těchto potřeb, který je doprovázen negativními emocemi a neurobiologickými změnami vedoucími ke specifické fyziologické reakci a aktivaci organismu. Prožitek subjektivního stresu se jeví být významným faktorem podílejícím se na rozvoji a udržování TMP.^{18,19} Prolongované stavy emocionální tenze mohou u pacientů vést ke zvýšení svalové aktivity, včetně oblasti žvýkacích svalů. Jak již bylo popsáno výše, se stresem je spojená také přítomnost parafunkčních aktivit. Působení intenzivních emocí spojených se stresem vede ke zvýšené aktivitě žvýkacích svalů v orofaciální oblasti, jejichž výsledkem je poté postupné mechanické přetěžování a poškozování čelistního aparátu.^{22,25}

OSOBNOST PACIENTŮ S TMP

Vzhledem k faktu, že TMP představují rozmanitou skupinu klinických stavů, ani zjištění týkající se osobnosti pacientů s těmito poruchami nejsou jednoznačná. Mimo výše popsané dispozice k úzkostně-depresivnímu prožívání je jedním z hodnocených aspektů u pacientů s TMP úroveň osobnostního neuroticismu, která s negativní emocionalitou úzce souvisí. Obecně platí, že lidé s vyššími

skóre při hodnocení tohoto rysu osobnosti jsou náchylnější k zážitkům úzkosti, hněvu, nízkého sebehodnocení, mívají potíže se zvládnutím stresu, celkově častěji zažívají nepříjemné emoce a jsou senzitivnější k fyzickému i psychickému diskomfortu. U pacientů s TMP se neuroticismus jeví být patofyziologicky významnou proměnnou.^{25–27} Rozdíly nicméně panují mezi jednotlivými podskupinami TMP. Nemocní s TMP vázanými na dysfunkce čelistního kloubu (např. poruchy hybnosti, praskání a cvakání, bolesti vázané na strukturální postižení kloubu) vykazují oproti pacientům s TMP spočívajícími primárně v myofasciální bolesti (bez poruch funkce čelistního kloubu) nižší míru psychologických problémů a neuroticismu.²⁸ Diferenciace mezi těmito dvěma skupinami se jeví být smysluplná jak z diagnostického, tak terapeutického hlediska. McCreary et al.²⁸ usuzovali, že neurotický vzorec fungování u pacientů s myalgiemi čelisti vede k vyhubým reakcím a potlačování emocionálních obtíží, jež se může následně podílet na zvýšené svalové tenzi a umocnění dysfunkčních orálních návyků. V popředí je u této skupiny pacientů zaujetí tělesnou problematikou a obavy o vývoj vlastního zdravotního stavu, které je odvádějí od řešení jiných stresujících aspektů jejich života. Naproti tomu druhá skupina pacientů s poruchami čelistního kloubu zažívá dle autorů psychologický distres, který je v příčinné souvislosti se zážitkem bolesti. Na rozdíl od první skupiny, u níž byl výskyt psychologických problémů zvýšený, zde vliv jiných stresorů není významný.

Kindler et al. se výzkumně zaměřili na hodnocení alexithymie pacientů s TMP.³¹ Uvedeným termínem označujeme soubor osobnostních vlastností, jež vedou k potížím při rozeznávání a popisu emocí a projevují se zaměřením na kognitivní aspekty reality při současném vyhýbání se těm emocionálním. Jedná se o široký koncept, jenž se může manifestovat rozmanitým způsobem. Zahrnuje snížení schopnosti fantazie, snížení schopnosti rozlišovat mezi různými emocemi a potíže až neschopnost verbálně zvládat emoce. Tito lidé se obecně méně zabírají vlastními emocemi, neinklinují k introspekci a zaměřují se na povrchní prožitky. I proto je téma alexithymie často dáváno do souvislosti se somatoformními poruchami.^{29,30} V populaci pacientů s TMP se alexithymie jeví být taktéž jednou z důležitých proměnných. Problém v identifikaci emocí byl označen za jeden z hlavních prediktorů bolesti kloubu, čelisti i hlavy.³¹

PSYCHOTERAPIE U TMP

Zapojení psychologické a psychosociální intervence do léčby pacientů s TMP je na podkladě výše uvedených informací logickým krokem a přispívá ke komplexnímu biopsychosociálnímu přístupu k pacientovi. Ze současně dostupných výsledků výzkumu vyplývají jako nejvhodnější strategie psychoterapeutické léčby kognitivně-behaviorální terapie (KBT) se zaměřením na zvládnutí bolesti, hypnotherapie a relaxace. Jiné psychoterapeutické směry v tomto ohledu nebyly ověřovány a vyžadují další výzkum.

Terapeutické nástroje v rámci KBT u pacientů s TMP zahrnují širokou paletu technik a postupů, z nichž mezi nejčastější patří:

1. psychoedukace cílící na seznámení pacienta se souvislostmi mezi prožívanými negativními emocemi a somatickými reakcemi (svalové napětí, bolest),
2. nácvik progresivní svalové relaxace,
3. identifikace maladaptivních kognitivních schémat vztažených k prožitku bolesti a jejich následná modifikace,
4. zaměření na strach z bolesti a redukci s ním spojené vyhybavosti k aktivitám.

KBT se při srovnání se standardní konzervativní somatickou léčbou ukazuje jako efektivnější z hlediska snížení životního omezení vyplývajícího z TMP, redukce komorbidní depresivní symptomatiky, snížení intenzity bolesti a rozvoje nových strategií zvládání bolesti. Efekt léčby se navíc jeví být ve většině případů dlouhodobý.³²

Výzkum efektu hypnoterapie přináší nejednoznačné výsledky a jsou nutné další studie hodnotící účinnost tohoto procesu.³³ Předpokládaný efekt hypnózy u TMD spočívá primárně v modulaci prožitku bolesti. V některých případech se užití hypnoterapie jeví být efektivnější než prostá relaxace s ohledem na snížení prožívané bolesti a také z hlediska rozvoje strategie reinterpretace bolesti jakožto nového mechanismu jejího zvládání. Hypnóza i relaxační techniky mohou vést k poklesu počtu bolestivých svalových palpací, snížení výskytu nočního probuzení v důsledku bolesti a snížení psychologického distresu souvisejícího se somatizací a obsedantně-kompulzivní symptomatikou.³⁴

SELF-MANAGEMENT U TMP

Zvláštní formou intervence jsou strategie tzv. self-managementu, jež mohou být v rámci komplexního přístupu zahrnuty do léčebného procesu u TMP. Uvedený pojem vyjadřuje pacientovo převzetí aktivní role v rámci léčby nemoci a zpracovávání dlouhodobých potíží, jež s ní souvisí. Zahrnuje veškeré aktivity, které pacient vykonává ve snaze zvládnout symptomy, léčebné procedury, fyzické i psychosociální důsledky nemoci, narušení životního stylu a pokles kvality života. V důsledku toho u pacienta dochází ke zvyšování kapacity zvládat chronické zdravotní potíže, aktivní role mu umožňuje cítit se sebevědomější a méně bezradný při zvládání náročné životní situace, jakou samotná nemoc bezpochyby představuje. Nutno podotknout, že použití těchto strategií nelze ze strany pacienta označit za výhradně aktivní, protože zejména v iniciálních fázích léčby je pacient odkázán na informace ošetřujícího odborníka. Aktivní a pasivní role se tedy mohou prolínat. U pacientů s TMP můžeme pod self-management zařadit metody psychoedukace, relaxace, kontrolu polohy čelisti, sledování zatínání zubů, domácí rehabilitace, aktivní část podstupované KBT (nácviky aj.), rozvoj nových strategií zvládání stresu apod. Zařazení těchto postupů do léčby je potřebné zejména v rané fázi léčby u pacientů s orofaciálními bolestmi.³²

DISKUSE A DOPORUČENÍ

Výše uvedené informace nám poskytují možnost posoudit onemocnění čelistního aparátu ze širšího hlediska. Vysoká komorbidita psychopatologických symptomů úzkosti a deprese ukazuje, že v rámci komplexního přístupu k diagnostice a léčbě je nutné hodnotit emocionální stav pacienta. Je však důležité přihlédnout k faktu, že ani úzkostně-depresivní symptomy nelze hodnotit jako specifické pro TMP. Diagnostika se ve výzkumu spíše výjimečně opírá o komplexní posouzení toho, zda jsou splněna diagnostická kritéria pro depresivní či úzkostnou poruchu, většinou jsou užity pouze kvantifikující jednodimenzionální dotazníkové metody a sebeposuzovací stupnice. Samotné symptomatické hodnocení úzkosti či deprese však neposkytuje informaci o etiologických souvislostech s TMP, pouze poukazuje na možný pozitivní efekt symptomatické psychofarmakologické léčby. Méně již můžeme usuzovat na to, jak pacient s TMP přemýšlí, jak řeší konflikty, jaké jsou jeho interpersonální vztahy, a na jiné informace potřebné pro plánování léčby psychoterapeutické. Celkově také není uspokojivě zodpovězena otázka, zda je emocionální porucha primární či sekundární v důsledku snížené kvality života. Částečně tuto otázku řeší výzkumy osobnosti, které poměrně konzistentně ukazují na zvýšený výskyt akcentovaného neuroticismu pacientů s TMP. Závažnější emocionální a behaviorální reakce, které poukazují na možný profit z psychologické, eventuálně psychiatrické péče, se vyskytují především u pacientů s myalgiemi čelisti, kdežto u pacientů s diagnostikovanou poruchou čelistního kloubu byla zjištěná hladina neuroticismu nižší.²⁸ Z výsledků vychází doporučení odlišného terapeutického přístupu. Zatímco u pacientů s poruchami čelistního kloubu je vhodné zaměření na redukci bolesti vycházející ze strukturální kloubní poruchy (např. fyzioterapie, nákusné dlahy, rehabilitace skusu apod.) s doplněním terapie zaměřené na zvládání stresu, u pacientů s primárně myofasciálními bolestmi se naopak jeví vhodné zaměřit léčbu především na zvládání stresu a rozvoj copingových strategií. Ani v tomto případě však nelze paušálně odepírat potřebnou psychologickou péči pacientům s kloubními dysfunkcemi. Indikace psychologické, eventuálně psychiatrické péče by měla vždy vycházet z komplexního posouzení stavu pacienta, jež vyjma somatické stránky zahrnuje minimálně zmapování aktuálních stresorů, zhodnocení jejich závažnosti, dále musí být hodnocen emocionální stav pro známky možné neléčené deprese či úzkosti. Hlubší posouzení psychického fungování náleží odborníkovi z oboru klinické psychologie nebo psychiatrie. Zajištění návštěvy odborníka z oblasti péče o duševní zdraví však mohou komplikovat dva významné faktory. Prvním z nich je problematika stigmatizace psychiatrie a psychologie. Přetrvávající předsudky okolo těchto oborů vedou ke zdráhavosti pacientů, kteří mají odborníka z této oblasti navštívit. U pacientů s TMP je v popředí somatický problém, který pro ně není spojen s psychickými faktory. Vysvětlení provázanosti mezi psychickým a tělesným fungováním je ze strany ošetřujícího lékaře klíčové, protože zvyšuje motivaci pacienta ke spolupráci s psychiatrem nebo psychologem. Druhým faktorem snižujícím dostupnost výše zmíněné péče je její časová náročnost a kapacitní limity psychologů

a psychiatrů. Plošné vyšetřování všech pacientů s TMP by v současnosti představovalo významnou zátěž pro systém, který se musí postarat o všechny pacienty s duševním onemocněním. Z tohoto důvodu uvádíme jako praktické doporučení, aby byli odesíláni primárně pacienti s komorbidními emočními potížemi, anamnézou významného stresu a taková, kteří jsou motivováni ke spolupráci s psychologem či psychiatrem.

Případné klinicko-psychologické vyšetření by mělo optimálně zahrnovat důkladné vyšetření osobnostní struktury a dynamiky, což bývá v rámci dosavadních výzkumů opomíjeno a hodnoceny jsou spíše dílčí osobnostní rysy. Za vhodný diagnostický nástroj je možné považovat semi-strukturovaný rozhovor podle principů Operacionalizované psychodynamické diagnostiky, který pomůže postihnout osobnostní fungování v celé šíři a zasadit zvažovaný somatizační mechanismus do kontextu pacientova života, případných intrapsychických konfliktů či snížené strukturální organizace jeho osobnosti. To následně umožňuje efektivní plánování léčby, zejména z hlediska hodnocení potenciálního přínosu psychoterapie.

Psychoterapeutickou metodou volby se dle dostupných dat aktuálně jeví KBT, eventuálně podpůrná psychoterapie se zaměřením na symptomatické řešení zvýšené intrapsychické a tělesné tenze skrze nácvik relaxačních technik. Za společný účinný faktor je považována psychoedukace se zaměřením na porozumění souvislostem mezi psychickým a tělesným fungováním, jichž si pacienti mnohdy nemusejí být vědomi. Z nedostatku dat o účinnosti jiných psychoterapeutických směrů vyplývá doporučení pro další výzkum. Pouhá nepřítomnost výzkumných studií však nevylučuje možný psychoterapeutický efekt odlišných přístupů, ať už v individuální, nebo skupinové podobě.

KAZUISTIKA

26letá pacientka s cca 3 roky trvajícími bolestmi obou čelistních kloubů, s myalgiemi obličejového svalstva, současně s občasnými epizodami bolestí zad a migrén, anamnesticky diagnostikovanou neurogenní tetanií a parafunkčními návyky ve formě nočního zatínání zubů. U pacientky v rámci maxilofaciálního chirurgem doporučeného psychologického vyšetření zjištěna úzkostně-depresivní symptomatika kolísavé intenzity na bázi osobnostní organizace s výrazně akcentovaným neuroticismem, interpersonálně značně altruisticky orientované a svědomité. Zvýrazněná tendence k péči o druhé na úkor

ošetření vlastních potřeb, což se eventuálně projevovalo častými zážitky stresu vyplývajícími z na ni vložené zodpovědnosti. Prožívané pocity frustrace a vzteku byly po většinou neventilovány ze strachu z poškození a následné ztráty blízkých vztahů. Pacientce kromě již probíhající konzervativní symptomatické léčby bolesti, skládající se z rehabilitací a nákusné dlahy, doporučena psychoterapeutická péče. Pacientka docházela systematicky přibližně dva roky. V popředí řešení vztahových a rodinných konfliktů, téma praktikování autonomie ve vztazích, ustanovení hranic před nároky okolí, rozvoj asertivního vystupování, sebezpřijetí, snížení tlaku přísného svědomí. Téma potíží s bolestmi čelistí prakticky rychle ustoupilo do pozadí, docházelo k občasnému výskytu bolestí vázaných na období zvýšeného stresu. Frekvence výskytu bolestí čelisti i kolísání nálad postupně snižující. V adaptovaném stavu bez výrazných výkyvů v psychickém i tělesném fungování péče ukončena. Maxilofaciálního chirurga během následujících čtyř let po psychologickém zásahu i přes plánovanou kontrolu již nenavštívila.

ZÁVĚR

Temporomandibulární poruchy jsou rozmanitou kategorií klinických syndromů, jež vyžadují individualizovaný přístup a komplexní posouzení tělesných i psychických potíží, součinnost odborníků z profesí stomatologie, maxilofaciální chirurgie, fyzioterapie, klinická psychologie, psychoterapie a psychiatrie.³⁵ Multidisciplinární spolupráce umožňuje cíleně plánovat pacientovi léčbu na míru a tím zvyšovat šanci na jeho úspěšnou rekonvalescenci. Součástí plnohodnotného přístupu odborníků zapojených do léčby pacienta s onemocněním čelistního kloubu by proto měla být schopnost správně indikovat a konstruktivně nabídnout možnost psychiatricko-psychologické péče. Ke klinickému psychologovi nebo psychiatrovi by měli být odesíláni primárně pacienti se známkami emocionální dysfunkce, s anamnézou subjektivně náročného, obtížně zvládnutelného nebo nezvládaného stresu, kteří jsou zároveň pozitivně motivováni ke spolupráci s odborníkem z těchto profesí. Závěrem je však žádoucí připomenout, že i pacientům indikovaným k psychologické či psychiatrické léčbě musí být zajištěna potřebná somatická léčba jejich obtíží, jež mohou nadále umocňovat sekundární emocionální problémy. Z tohoto důvodu je podstatná pro všechny zúčastněné profese vzájemná komunikace o pacientovi a poskytování zpětné vazby o probíhající léčbě.

LITERATURA

1. Gremillion HA, Klasser GD. Temporomandibular Disorders: A Translational Approach From Basic Science to Clinical Applicability. Springer 2017.
2. Gray R, Al-Ani Z. Temporomandibular Disorders: A problem-based approach. John Wiley and Sons 2011.
3. Glaros AG. Temporomandibular disorders and facial pain: a psychophysiological perspective. Applied psychophysiology and biofeedback 2008; 33 (3): 161.
4. Dreiman BB. Thoughts on the psychological component of TMJ/TMD syndrome. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology 2011; 5 (112): 555–556.
5. Fale H, Hnamte L, Deolia S, Pasad S, Kohale S, Sen S. Association between parafunctional habit and sign and symptoms of temporomandibular dysfunction. Journal of Dental Research and Review 2018; 5 (1): 17.
6. Motta LJ, Guedes CC, De Santis TO, Fernandes KP, Mesquita-Ferrari RA, Bussadori SK. Association between parafunc-

- tional habits and signs and symptoms of temporomandibular dysfunction among adolescents. *Oral Health Prev Dent* 2013; 11 (1): 3–7.
7. Dimitroulis G. Temporomandibular disorders: a clinical update. *BMJ* 1998; 317 (7152): 190–194.
 8. Korszun A. Facial pain, depression and stress – connections and directions. *Journal of Oral Pathology Medicine* 2002; 31 (10): 615–619.
 9. Drangsholt M, LeResche L. *Epidemiology of orofacial pain*. Orofacial Pain. Oxford: Oxford University Press 2009.
 10. Auerbach SM, Laskin DM, Frantsve LME, Orr T. Depression, pain, exposure to stressful life events, and long-term outcomes in temporomandibular disorder patients. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 2001; 59 (6): 628–633.
 11. Gallagher RM, Marbach JJ, Raphael KG, Dohrenwend BP, Cloitre M. Is major depression comorbid with temporomandibular pain and dysfunction syndrome? A pilot study. *The Clinical Journal of Pain* 1991; 7 (3): 219–225.
 12. Marbach JJ, Schleifer SJ, Keller SE. Facial pain, distress, and immune function. *Brain, behavior, and immunity* 1990; 4 (3): 243–254.
 13. Simoen L, Van den Berghe L, Jacquet W, Marks L. Depression and anxiety levels in patients with temporomandibular disorders: comparison with the general population. *Clinical Oral Investigations* 2020: 1–7.
 14. Alahmary AW. Association of Temporomandibular Disorder Symptoms with Anxiety and Depression in Saudi Dental Students. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences* 2019; 7 (23): 4116–4119.
 15. Marbach JJ, Lund P. Depression, anhedonia and anxiety in temporomandibular joint and other facial pain syndromes. *Pain* 1981; 11 (1): 73–84.
 16. Osiewicz M, Lobbezoo F, Ciapała B, Pytko-Polończyk J, Manfredini D. Pain Predictors in a Population of Temporomandibular Disorders Patients. *Journal of Clinical Medicine* 2020; 9 (2): 452.
 17. Moss RA, Adams HE. Physiological reactions to stress in subjects with and without myofascial pain dysfunction symptoms. *Journal of Oral Rehabilitation* 1984; 11 (3): 219–232.
 18. Park S, Heo HA, Yun KI, Pyo SW. High prevalence of stress and suicidal ideation in women with temporomandibular disorder: A population-based cross-sectional survey. *CRANIO* 2020: 1–7.
 19. Ahuja V, Ranjan V, Passi D, Jaiswal R. Study of stress-induced temporomandibular disorders among dental students: An institutional study. *National Journal of Maxillofacial Surgery* 2018; 9 (2): 147.
 20. Romani V, Di RG, Castellano M, Barbato E, Galluccio G. Prevalence of craniomandibular disorders in orthodontic pediatric population and possible interactions with anxiety and stress. *European Journal of Paediatric Dentistry: Official Journal of European Academy of Paediatric Dentistry* 2018; 19 (4): 317–323.
 21. Impellizzeri A, Di Benedetto S, De Stefano A, Guercio EM, Barbato E, Galluccio G. General health and psychological distress in children with temporomandibular disorder. *La Clinica Terapeutica* 2019; 170 (5): e321–e327.
 22. Biegańska J, Pihut M. Psychoeducation program on strategies for coping with stress in patients with temporomandibular joint dysfunction. *Biomed Res Int* 2014: 678169.
 23. Martins RJ, Garbin CAS, Garcia AR, Garbin AJ, Miguel N. Stress levels and quality of sleep in subjects with temporomandibular joint dysfunction. *Revista Odonto Ciência* 2010; 25 (1): 32–36.
 24. Glaros AG, Williams K, Lausten L. The role of parafunctions, emotions and stress in predicting facial pain. *The Journal of the American Dental Association* 2005; 136 (4): 451–458.
 25. Berger M, Oleszek-Listopad J, Marczak M, Szymanska J. Psychological aspects of temporomandibular disorders – literature review. *Current Issues in Pharmacy and Medical Sciences* 2015; 28 (1): 55–59.
 26. Moayed M, Weissman-Fogel I, Crawley AP, Goldberg MB, Freeman BV, Tenenbaum HC, Davis KD. Contribution of chronic pain and neuroticism to abnormal forebrain gray matter in patients with temporomandibular disorder. *Neuroimage* 2011; 55 (1): 277–286.
 27. Pallegama RW, Ranasinghe AW, Weerasinghe VS, Sitheequ MAM. Anxiety and personality traits in patients with muscle related temporomandibular disorders. *Journal of Oral Rehabilitation* 2005; 32 (10): 701–707.
 28. McCreary CP, Clark GT, Merrill RL, Flack V, Oakley ME. Psychological distress and diagnostic subgroups of temporomandibular disorder patients. *Pain* 1991; 44 (1): 29–34.
 29. Procházka R. *Disociace, alexithymie a self u lidí závislých na alkoholu*. Univerzita Palackého v Olomouci 2011. *Disertační práce (Ph.D.)*.
 30. Tominaga T, Choi H, Nagoshi Y, Wada Y, Fukui K. Relationship between alexithymia and coping strategies in patients with somatoform disorder. *Neuropsychiatric disease and treatment* 2014; 10: 55.
 31. Kindler S, Schwahn C, Terock J, Mksoud M, Bernhardt O, Biffar R, Grabe HJ. Alexithymia and temporomandibular joint and facial pain in the general population. *Journal of Oral Rehabilitation* 2019; 46 (4): 310–320.
 32. Ferrando M, Galdón MJ, Durá E, Andreu Y, Jiménez Y, Poveda R. Enhancing the efficacy of treatment for temporomandibular patients with muscular diagnosis through cognitive-behavioral intervention, including hypnosis: a randomized study. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology* 2012; 113 (1): 81–89.
 33. Zhang Y, Montoya L, Ebrahim S, Busse JW, Couban R, McCabe RE, Bieling P, Carrasco-Labra A, Guyatt GH. Hypnosis/Relaxation therapy for temporomandibular disorders: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Oral Facial Pain Headache* 2015 Spring; 29 (2): 115–125.
 34. Abrahamsen R, Zachariae R, Svensson P. Effect of hypnosis on oral function and psychological factors in temporomandibular disorders patients. *Journal of Oral Rehabilitation* 2009; 36 (8): 556–570.
 35. Tvrdy P, Heinz P, Pink R. Arthrocentesis of the temporomandibular joint: a review. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub* 2015 Mar; 159 (1): 31–34.