

## مقایسه اضطراب و افسردگی در افراد مبتلا به ناهنجاریهای مفصل گیجگاهی، فکی با گروه سالم

دکتر مهرو وجدانی\* - دکتر غلامرضا دهبزرگی\*\* - دکتر ساسان محمدزاده\*\*\* - دکتر علیرضا اکبری جهرمی\*\*\*  
 \* - استادیار گروه آموزشی پروتزیهای متحرک دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز.  
 \*\* - استادیار گروه آموزشی روانپزشکی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز.  
 \*\*\* - دندانپزشک.

### چکیده

**زمینه و هدف:** اگر چه سبب‌شناسی ناهنجاریهای مفصل گیجگاهی فکی (Temporomandibular disorders: TMD) پیچیده و چندعاملی است، اما به طور کلی نظر بر این است که عوامل سیکولوژیکال در اتیولوژی و تداوم این ناهنجاریها دخالت دارند. هدف این مطالعه بررسی و اضطراب افسردگی در بیماران مبتلا به TMD در مقایسه با گروه غیر بیمار (سالم) است. روش بررسی: در این مطالعه مورد-شاهدی که به صورت مقطعی انجام شد، با استفاده از پرسشنامه‌های استاندارد جمعیت‌شناختی، سلامت عمومی، پرسشنامه اضطراب موقعیتی-خصلتی اسپیلبرگر و افسردگی بک، اضطراب و افسردگی در ۷۵ بیمار مبتلا به TMD در مقایسه با ۷۵ فرد سالم مورد بررسی قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار گرفتند و از آزمونهای Chi-Square، Independent sample t-test و آنالیز واریانس دوطرفه برای انجام مقایسات استفاده گردید. یافته‌ها: نمره افسردگی گروه مورد با میانگین ۱۵/۱۲ به طور معنی‌داری بیشتر از گروه شاهد با میانگین ۸/۳۶ بدست آمد. اثر عامل جنسیت معنی‌دار نبود. از لحاظ اضطراب خصلتی در گروه مورد نسبت به گروه شاهد اضطراب خصلتی بیشتری مشاهده شد که از لحاظ آماری معنی‌دار بود اما جنسیت رابطه‌ای با اضطراب خصلتی نشان نداد. از نظر اضطراب موقعیتی نیز بین دو گروه شاهد و مورد تفاوت معنی‌داری مشاهده شد. به عبارتی، گروه مورد از سطح اضطراب خصلتی و موقعیتی بالاتری برخوردار بودند. عامل جنسیت نیز رابطه‌ای معنی‌دار با اضطراب موقعیتی نشان داد و مردان به طور معنی‌داری بیش از زنان اضطراب موقعیتی داشتند. نتیجه‌گیری: نتایج این بررسی نشان می‌دهد که اضطراب و افسردگی در بیماران TMD نسبت به افراد سالم شیوع بالائی دارد. یکسان بودن میزان افسردگی و اضطراب خصلتی در زنان و مردان گروه مورد، باید در طرح درمان برای هر دو جنسیت، مدنظر قرار گیرد. **کلید واژه‌ها:** ناهنجاری - مفصل گیجگاهی فکی - افسردگی - اضطراب

پذیرش مقاله: ۱۳۸۶/۱/۱۸

اصلاح نهایی: ۱۳۸۵/۹/۲۷

وصول مقاله: ۱۳۸۵/۵/۷

نویسنده مسئول: گروه آموزشی پروتزیهای متحرک دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز e\_mail:vojdanim@sums.ac.ir

### مقدمه

می‌دهد که این ناهنجاری دردی مزمن است که مانند دیگر دردهای مزمن معمول می‌تواند موجب سردرد و پشت درد نیز بشود. (۱-۲)، اگر چه اتیولوژی TMD پیچیده و چندعاملی است اما کلاً نظر بر این است که عوامل سایکولوژیکال در سبب‌شناسی و تداوم TMD دخالت دارند. البته Psychological profile قاطع و مشخصی را نمی‌توان در این بیماران تشخیص داد و به نظر می‌رسد که دردهای

به طور کلی TMD مجموعه‌ای از مشکلات کلینیکی است که عضلات جونده، TMJ و یا هر دو و نیز بافتهای اطراف را درگیر می‌کند. علاوه بر درد که غالباً با جویدن و یا دیگر فانکشن‌ها تشدید می‌شود، بیماران مبتلا به TMD معمولاً دارای حرکات فکی غیرقرینه و یا محدود هستند. صداهای مفصلی به طور متداول گزارش می‌شود. یافته‌های حاصل از مطالعات اپیدمیولوژیک و نیز آزمایشی-مداخله‌ای نشان

بیماران گوناگون و متفاوت می‌باشد. (۱۶-۱۷). لذا چون مطالعات انجام شده در مورد مقایسه پارامترهای سایکولوژیکال مرتبط با TMD اکثراً در جوامع غربی و اروپایی (Caucasians) بوده به نظر می‌رسد که به علت تفاوت‌های زمینه‌ای و کلی فرهنگی، نحوه مراقبت از بیماری و بیماران و دیگر عوامل نژادی-فیزیولوژیکی مطالعات گسترده‌تر و همه جانبه‌تری در جوامع آسیایی نیز باید انجام پذیرد. (۱۷)، با توجه به اینکه مطالعه مشابهی تا بحال در مورد مشکلات روحی روانی مرتبط با TMD در جامعه ایرانی انجام پذیرفته لذا هدف این مطالعه بررسی میزان افسردگی و اضطراب در زنان و مردان مبتلا به TMD می‌باشد.

### روش بررسی

در این مطالعه مورد - شاهدهی که به صورت مقطعی در تابستان سال ۱۳۸۴ انجام پذیرفت، میزان اضطراب و افسردگی در بیماران زن و مرد مبتلا به ناهنجاریهای مفصل گیجگاهی-فکی در مقایسه با گروه شاهد مورد بررسی قرار گرفت. در این مطالعه دو گروه ۷۵ نفری، یکی گروه مورد و دیگری گروه شاهد وجود دارند. گروه مورد شامل بیماران بود که همگی بیش از شش ماه از صداهای مفصلی، انحراف و یا محدودیت در هنگام باز کردن دهان، درد در هنگام لمس مفاصل و یا عضلات و نیز سردرد شاکلی بودند. بیماران جوانتر از ۱۸ سال در این مطالعه قرار نمی‌گیرند، زیرا مطرح کردن بعضی پرسشها برای نوجوانان صحیح به نظر نمی‌رسید. بیماران مبتلا به Polyarthrits نیز شامل این بررسی نمی‌شدند. بیماران در این مطالعه قرار گرفتند که صرفاً از مشکلات موجود در فک و عضلات صورت خود شاکلی بوده و از لحاظ سیستمیک کاملاً سالم بودند. برای این امر از پرسشنامه سلامت عمومی استفاده شد. بیماران که پس از معاینات کامل کلینیکی و پاراکلینیکی، به هر دلیلی تشخیص قطعی برای آنها میسر نبود و نیز کسانی که احتمال داده می‌شد، عوامل دیگر در آنها موجب درد فکی-عضلانی شده است از مطالعه خارج شدند. لازم به ذکر است که به بیماران آگاهی کامل در مورد مطالعه و چگونگی آن

مفصلی و عضلانی می‌تواند با انواع گوناگونی از ناهنجاریهای سایکولوژیکال در ارتباط باشد. (۳-۵) علاوه بر این، ارزیابی Psychological profile در زیر گروههای TMD نتایج متفاوتی در برداشته است. بعضی محققان نشان دادند که تفاوت‌های سایکولوژیکال چشمگیری در بیماران مبتلا به مشکلات عضلانی نسبت به بیماران مبتلا به مشکلات مفصلی وجود دارد. (۶)، اما بعضی دیگر تفاوتی را از این لحاظ در زیر گروههای TMD مشاهده نکردند. (۷) به عبارتی اگر چه بعضی مطالعات نشانگر نقش مهم عوامل سایکولوژیکال در بیماران MPD در مقایسه با دیگر بیماران TMD می‌باشد، اما نتایج مطالعاتی که از ایندکس‌های سایکولوژیکال در پیش از درمان، برای پیش‌بینی نتایج درمان MPD استفاده شده بود، همسو و قاطع نیستند.

بهرحال برای درمان مناسب همه بیمارها از جمله بیماران مبتلا به TMD بسیار مهم است که عوامل اصلی مرتبط با بیماری تشخیص داده شود، زیرا شناخت عامل صحیح اصلی در انتخاب درمان بسیار تاثیرگذار است. یکی از این عوامل تاثیرگذار، مشکلات سایکولوژیکال بیماران می‌باشد. همان گونه که Steed بیان می‌دارد، «سوال مهم در رابطه با متغیرهای سایکولوژیکال، ارزش پیش‌بینی کننده (Predective value) آنها در رابطه با درمان کامل و عالی این بیماران می‌باشد». (۸)، از میان متغیرهای سایکولوژیکال، به نظر می‌رسد تحقیقات در مورد سوماتیزیشن در بیماران TMD بیشتر از بقیه موارد بوده و مشخص گردیده که Somatoform disorders متداولترین مشکل سایکولوژیکال در این بیماران است. (۹-۱۰)

دومین مشکل روحی روانی در این بیماران افسردگی می‌باشد که در مقایسه با سوماتیزیشن از اجماع کمتری برخوردار است. برخی مؤلفان سطوح بالایی از افسردگی در این بیماران گزارش می‌کنند، در حالی که بعضی دیگر تفاوتی در بیماران TMD و کنترل‌های نرمال مشاهده نکردند. (۱۱-۱۴).

مشکل روانشناختی دیگر در این بیماران، اضطراب است که از شایعترین اختلالات روانی محسوب می‌شود و همانند افسردگی، نتایج مطالعات در رابطه با اضطراب در این

در خواب و فعالیت، فقدان انرژی، احساس گناه، مشکل در تفکر و تصمیم‌گیری و افکار عود‌کننده مرگ یا خودکشی. آنالیز آماری داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS ویرایش ۱۱/۵ انجام شد و از آزمونهای Chi-Square، Independent sample t و آنالیز واریانس دوطرفه برای انجام مقایسات استفاده گردید.

#### یافته‌ها

در این مطالعه میزان افسردگی و اضطراب در ۷۵ بیمار مبتلا به TMD در مقایسه با ۷۵ فرد سالم مورد بررسی قرار گرفت. در جدول ۱ فراوانی افراد مورد مطالعه برحسب جنسیت نشان داده شده است. بین دو گروه از نظر جنسیت ( $\chi^2=0/272$ ,  $df=1$ ,  $P=0/602$ )، وضعیت تاهل ( $\chi^2=0/996$ ,  $P=0/397$ )، وضعیت اشتغال ( $\chi^2=0/008$ ,  $df=2$ ,  $P=0/330$ ) و محل سکونت ( $\chi^2=4/066$ ,  $df=1$ ,  $P=0/048$ ) اختلاف معنی‌دار آماری مشاهده نگردید.

در جدول ۲ دو گروه مورد و بیماران در مقیاس افسردگی با هم مقایسه شدند. با استفاده از آزمون Independent sample t تفاوت معنی‌دار آماری بین دو گروه از نظر نمره افسردگی مشاهده گردید ( $t=2/08$ ,  $df=144$ ,  $P=0/000$ ). میانگین نمره گروه مورد ۱۵/۱۲ به طور معنی‌داری بیشتر از گروه شاهد (۸/۳۶) بدست آمد. میانگین نمره زنان و مردان از نظر آماری معنی‌دار نبود ( $t=0/92$ ,  $df=144$ ,  $P=0/358$ ). به عبارتی مردان و زنان از لحاظ افسردگی تفاوتی نداشتند. برای تعیین اثر نمره افسردگی به طور همزمان روی دو گروه و جنسیت از آزمون آنالیز واریانس دوطرفه استفاده گردید که نتایج مشابه آزمون t بدست آمد.

جدول ۱: فراوانی و درصد افراد مورد مطالعه بر حسب جنسیت

گروه	مرد		زن		کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
شاهد	۲۰	۲۶/۷	۵۵	۷۳/۳	۷۵	۱۰۰
مورد	۱۷	۲۳	۵۷	۷۷	۷۴	۱۰۰
کل	۳۷	۲۴/۸	۱۱۲	۷۵/۲	۱۴۹	۱۰۰

داده می‌شد. سپس در صورت رضایت کتبی، بدون آنکه اسم اشخاص مدنظر باشد، پرسشنامه روانشناختی تحویل و تکمیل می‌گردید. برای گروه شاهد دقت شد که افراد از نظر سن، جنس، وضعیت شغلی، اجتماعی، اقتصادی، مشابه گروه مورد انتخاب شوند. برای این امر از پرسشنامه جمعیت‌شناسی استفاده گردید. افراد گروه شاهد از لحاظ عمومی سالم بوده و دچار هیچ درد و یا ناهنجاری در عضلات صورت و نیز مفاصل گیجگاهی فکی نبودند.

علاوه بر پرسشنامه‌های جمعیت‌شناختی و نیز سلامت عمومی، آزمونهای به کار رفته در این مطالعه عبارت بودند از پرسشنامه اضطراب موقعیتی-خصیلتی اسپیلبرگر و پرسشنامه افسردگی بک. اضطراب غالباً در پاسخ به تهدیدی ایجاد می‌شود که نامعلوم، درونی و مبهم است و یا از تعارض منشا گرفته است و با تشویش فراگیر و ناخوشایند همراه می‌باشد که اغلب علائم دستگاه خودکار نظیر سردرد، تعریق، تپش قلب، احساس تنگی در قفسه سینه و ناراحتی مختصر نیز با آن همراه است و توأم با احساس بی‌قراری می‌باشد. پرسشنامه اسپیلبرگر میزان اضطراب را در افراد نشان می‌دهد (خفیف، متوسط پایین، متوسط بالا، نسبتاً شدید و بسیار شدید).

این پرسشنامه برای اندازه‌گیری دو مفهوم متمایز اما وابسته به اضطراب به کار می‌رود. در اضطراب موقعیتی یک موقعیت هیجانی موجب درک آگاهانه و ذهنی احساس تنش، بیم، ناآرامی، نگرانی، انگیزگی در سیستم اعصاب خود مختار، می‌شود. اضطراب موقعیتی اغلب متغیر بوده و کارکردی از تنش موقعیتی است. اما اضطراب خصیلتی عبارت است از تفاوت‌های فردی در گرایش ادراک و ارزیابی موقعیت استرس‌زا به عنوان تهدید کننده یا خطرناک.

توسط پرسشنامه افسردگی بک میزان افسردگی در بیماران مشخص می‌گردد، (بهنجار بودن، افسردگی خفیف، افسردگی متوسط، افسردگی شدید). تعریف اختلال افسردگی عبارت است از حمله افسردگی عمده که باید لااقل دو هفته طول بکشد که در طی آن بیمار نوعاً یا افسرده است یا علاقه‌اش را به اکثر فعالیتها از دست داده است و حداقل دارای چهار علامت از علائم زیر می‌باشد. تغییر در اشتها و وزن، تغییر

گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $P=0/026$ ,  $df=144$ ).  $t=2/22$ ). گروه بیماران با میانگین  $24/43$  نسبت به گروه شاهد با میانگین  $21/05$  اضطراب بیشتری داشتند. عامل جنسیت نیز با آزمون اضطراب موقعیتی رابطه داشت و مردان به طور معنی‌داری بیشتر از زنان اضطراب داشتند ( $P=0/048$ ,  $df=144$ ,  $t=1/98$ ). (جدول ۴) برای مقایسه دو گروه در آزمون اضطراب موقعیتی اسپیلبرگر با توجه به عامل جنسیت از آزمون آنالیز واریانس دوطرفه استفاده شد که نتایج مشابه  $t$ -test بدست آمد.

جدول ۴: میانگین و انحراف معیار گروه کنترل و بیماران در آزمون اضطراب موقعیتی اسپیلبرگر با توجه به عامل جنسیت

گروه	جنسیت	میانگین	انحراف معیار	تعداد
شاهد	مرد	۲۳/۱۰	۸/۲۶	۱۹
	زن	۲۰/۳۲	۸/۵۶	۵۳
مورد	مرد	۲۷/۰۵	۷/۷۹	۷۲
	زن	۲۳/۶۴	۸/۷۲	۱۷
کل	مرد	۲۴/۴۳	۷/۸۱	۵۷
	زن	۲۲/۰۱	۸/۵۹	۳۶
کل	کل	۲۲/۷۶	۷/۶۴	۱۱۰
کل	کل	۲۲/۷۶	۷/۹۶	۱۴۶

#### بحث

همانند بسیاری دیگر از مطالعات، بیشتر بیماران مراجعه کننده جهت درمان TMD زنان بودند اما نکته‌ای که باید به آن اشاره کرد این است که به گونه‌ای نادرست، پنداشته می‌شود که زنان بیشتر از مردان از TMD در رنج هستند. ارقام بدست آمده از بررسیها بر روی بیماران نسبت به زنان به مردان را سه به یک الی هشت به یک گزارش می‌دهد. (۴، ۸، ۱۸)، اما بررسیهای گسترده اپیدمیولوژیک نشان‌دهنده آن است که نسبت نشانه‌ها و علامتهای TMD در هر دو جنس همسان است. (۱۹-۲۰)

نسبت به مردان، زنان هم بیشتر به دنبال درمان هستند و هم بیشتر پذیرای درد می‌باشند. در ضمن به طور کلی بیشتر بیماران بخصوص بیماران دندانپزشکی را زنان تشکیل

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار گروه شاهد و مورد در مقیاس افسردگی بک با توجه به عامل جنسیت

گروه	جنسیت	میانگین	انحراف معیار	تعداد
شاهد	مرد	۹/۹۴	۹/۶۳	۱۹
	زن	۷/۷۹	۹/۷۱	۵۳
مورد	مرد	۱۷/۱۷	۹/۶۷	۷۲
	زن	۱۴/۵۰	۱۴/۳۳	۱۷
کل	مرد	۱۵/۱۲	۱۲/۵۴	۵۷
	زن	۱۳/۳۶	۱۲/۹۲	۷۴
کل	کل	۱۱/۲۷	۱۲/۴۵	۱۱۰
کل	کل	۱۱/۷۸	۱۱/۷۱	۱۴۶

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار گروه کنترل و بیماران در مقیاس اضطراب خصلتی اسپیلبرگر با توجه به عامل جنسیت

گروه	جنسیت	میانگین	انحراف معیار	تعداد
شاهد	مرد	۲۱/۳۱	۱۰/۳۱	۱۹
	زن	۱۸/۱۸	۱۰/۸۰	۵۳
مورد	مرد	۲۷/۷۶	۱۰/۶۹	۷۲
	زن	۲۳/۸۲	۱۲/۳۲	۱۷
کل	مرد	۲۴/۷۲	۱۲/۷۰	۵۷
	زن	۲۴/۳۶	۱۲/۶۴	۷۴
کل	کل	۲۱/۱۰	۱۱/۶۱	۱۱۰
کل	کل	۲۱/۹۱	۱۲/۰۳	۱۴۶

بین دو گروه مورد و شاهد در آزمون اضطراب خصلتی اسپیلبرگر تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $P=0/000$ ,  $df=144$ ).  $t=2/94$ ). گروه بیماران با میانگین  $24/72$  نسبت به گروه شاهد با میانگین  $19/01$  اضطراب خصلتی بیشتری داشتند. جنسیت با اضطراب خصلتی رابطه معنی‌داری آماری نشان نداد ( $P=0/156$ ,  $df=144$ ,  $t=1/42$ ). (جدول ۳) برای مقایسه دو گروه در آزمون اضطراب خصلتی اسپیلبرگر با توجه به عامل جنسیت از آزمون آنالیز واریانس دوطرفه استفاده شد که نتایج مشابه  $t$ -test بدست آمد. مقایسه دو گروه در آزمون اضطراب موقعیتی اسپیلبرگر نشان داد که بین دو

نشان داد که بیشتر از نیمی از نمونه‌های مبتلا به TMD اضطراب هیجانی شدید داشتند. (۲۱)، دو تحقیق مرتبط دیگر این نظریه را که شدت اضطراب در تعیین تظاهرات کلینیکی نقش اساسی دارند تایید می‌نمایند. (۱۴، ۱۶)، این حقیقت که گروهی از بیماران TMD سطح بالاتری از اضطراب را نشان می‌دهند بدین معنی نیست که هر بیماری با سطح اضطراب بالا ضرورتاً دچار افزایش فعالیت عضلانی می‌گردد. اما آگاهی از این نکته که چنین ارتباطی بین سطح اضطراب و افزایش فعالیت عضلانی وجود دارد به دلیل اینکه می‌تواند در انتخاب درمان مناسب مفید باشد، مهم است. (۲۲)

حالت هیجانی دیگری که به TMD مربوط می‌باشد، افسردگی است. مشاهده گردید که افسردگی در بیماران که به درمانهای معمول جواب نمی‌دادند، شایع می‌باشد. لذا نظریه‌ای ارائه شد، مبنی بر اینکه بیماران با اختلالات عضلانی جونده و مفاصل گیجگاهی فکی که به درمانهای رایج پاسخ نمی‌دهند از لحاظ ابتلا به افسردگی مورد توجه قرار گیرند. (۱۲، ۲۳)

در تحقیقی دیده شد که ۵۰٪ بیماران TMD که به درمان بیوفیدبک الکترومیوگرافیک پاسخ نمی‌دادند به داروی ضد افسردگی آمی تریپتیلین پاسخ داده‌اند. (۲۴)، در مطالعه Tversky و همکاران روان‌درمانی حمایتی برای همه بیماران انجام شد و نشان داده شد که چنانچه همراه با اسپلینت الکوزالی داروی ضدافسردگی نیز تجویز شود، اثری چشمگیر در نتیجه درمان پدید می‌آید. (۲۵)

Blackburn نشان داد که روان‌درمانی بیش از دارودرمانی در درمان بیماران TMD موثر می‌باشد. (۲۶) در مطالعه‌ای مشخص گردید که ترکیبی از علائم اضطراب و افسردگی نسبت به علائم افسردگی به تنهایی، شایعتر است. (۱۴)

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که گروه بیماران به طور معنی‌دار بیش از گروه غیربیمار دچار هم اضطراب موقعیتی و هم خصلتی هستند. با توجه به عامل جنسیت مردان بیمار بیش از زنان بیمار دچار اضطراب از نوع موقعیتی بودند. از لحاظ اضطراب خصلتی زنان و مردان مبتلا به TMD تفاوت مشخصی با یکدیگر نداشتند از لحاظ افسردگی نتایج مطالعه

می‌دهند. به نظر می‌رسد مجموعه این عوامل است که موجب بی‌تناسبی میان دوجنس شده است. از این رو نباید TMD را یک دیسفانکشن وابسته به جنسیت در نظر گرفت. (۱۹-۲۰) از لحاظ نقش عوامل سایکولوژیک در TMD، در مطالعه‌ای توسط الکترومیوگرافی نشان داده شد که بین تنش ذهنی و افزایش فعالیت و کشش عضلانی رابطه‌ای قاطع وجود دارد. (۲۱)، علاوه بر این مشخص گردیده که افزایش سطح فشار روحی، سیستم عصبی سمپاتیک را فعال می‌کند که ممکن است به عنوان منشا درد عمل نماید. فعال شدن سیستم عصبی خودکار به نظر می‌رسد با سایر اختلالات سایکوفیزیولوژیک که معمولاً با TMD همراه هستند، در ارتباط باشد. به طور مثال سندرم روده تحریک‌پذیر، سندرم پیش از قاعدگی، Interstitial cystitis و غیره. (۴)، علاوه بر این پس از مطالعه‌ای گسترده بیان شد که تجمع کاتکول آمین‌ها و 17-hydroxy steroid در ادرار بیماران TMD در مقایسه با گروه شاهد می‌تواند نتیجه تنش هیجانی شدیدتر در این بیماران باشد. (۶)

در رابطه با نوع فشار روحی-روانی موثر در TMD، بعضی از محققان نشان دادند که بیماران TMD نسبت به گروه کنترل، شخصیت‌هایی دارند که آنها را نسبت به فشارهای زندگی آسیب‌پذیرتر می‌سازد. (۱۱)، اما سایر مطالعات هیچ تفاوتی در زمینه نوع شخصیت، واکنش به بیماری و روشهای مقابله با تنش بین گروه TMD و دیگر گروههای مبتلا به سایر بیماریها و نیز گروه کنترل گزارش نکردند. (۱) برخلاف ویژگیهای شخصیتی نشان داده شده است که حالات روحی و هیجانی می‌توانند در TMD نقش موثر و فعالی ایفا نمایند.

از بین حالات روحی مطالعه شده در جوامع غربی یکی اضطراب و دیگری افسردگی می‌باشد که در مقایسه با نقش سوماتیزیشن از اجماع کمتری برخوردار است. برخی از محققان سطوح بالایی از افسردگی و اضطراب در بیماران TMD گزارش می‌کنند در حالی که بعضی دیگر تفاوتی در بیماران فوق و گروههای کنترل نرمال مشاهده نکردند. (۱۱-۱۶)

مطالعه تحلیلی که توسط Rudy و همکاران صورت گرفت،

طرح درمان را به طور مناسب جهت و یا تغییر دهد و در صورت لزوم این بیماران را به مراکز مورد نظر ارجاع دهد زیرا برای دستیابی به پاسخ مناسب به درمان، لازم است بیماران TMD که دچار وضعیتهای سایکولوژیک شناخته شده هستند، به نحوی صحیح هدایت و راهنمایی گردند. مقایسه نتایج حاصل از این مطالعه با نتایج حاصل از سایر مطالعات نشان داد که سطوح بالای اضطراب و افسردگی در بیماران TMD شایع می‌باشد. هر چند که مشخص نمی‌کند که وجود اضطراب و افسردگی علت و یا معلول مشکلات TMD هستند.

### نتیجه‌گیری

یافته‌های ناشی از مطالعه حاضر به توضیح اینکه چرا درمان تعداد زیادی از بیماران مبتلا به TMD مزمن، هنگامی که تنها جنبه‌های فیزیکی در درمان کلینیکی مورد توجه قرار می‌گیرد، بدون نتیجه می‌ماند، کمک شایانی می‌کند. بنابراین توصیه می‌گردد که درمانهای سایکولوژی، به عنوان جزئی از درمان کلی بیماران TMD، مورد توجه قرار گیرد.

حاضر نشان داد که گروه بیماران به طور معنی‌داری بیش از گروه کنترل دچار افسردگی بودند. اگر چه در این مطالعه بین زنان و مردان از لحاظ افسردگی تفاوتی چشمگیر دیده نشد اما با بالا رفتن سن، میزان افسردگی در این بیماران افزایش می‌یافت.

در مطالعات مربوط به TMD که در جوامع غربی انجام شده، اجماع بر آن است که زنان بیش از مردان از اختلالات سایکولوژیکال در رنج می‌باشند و بیان می‌دارند که جهت درمان ناهنجاریهای مفصل تمپورومندیبولار، به درمانهای سایکولوژیکال برای زنان بیش از مردان توجه شود. (۸، ۱۸، ۲۷)

لیکن در مطالعه حاضر اگرچه گروه بیماران نسبت به گروه شاهد بدون توجه به جنسیت از افسردگی و اضطراب خصلتی و موقعیتی بیشتر در رنج بودند، اما در میزان افسردگی و نیز اضطراب خصلتی بین زنان و مردان مبتلا به TMD تفاوت آماری دیده نشد. بنابراین بهتر است طرح درمان براساس تفاوت‌های یافت شده با جوامع غربی مورد بازنگری قرار گیرد. بسیار مهم است که دندانپزشک از رابطه TMD و تنشهای روحی-روانی آگاهی داشته باشد، تا بتواند

### REFERENCES

- McNeil C: Current controversies in temporomandibular disorders. 2nd ed. Illionis: Quintessence : 1992, 55-102.
- Samuel FD, Donna LM. Temporomandibular disorders and chronic pain. J Prosthet Dent 1994 Jul;72(1):29-38.
- Eversole LR, Stone CE, Matheson D: Psychometric profiles and facial Pain. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. 1985 Sep;60(3):269-74.
- Kleinknecht RA, Mahoney ER, Alexander LD: Psychosocial correlates of temporomandibular disorders and related symptoms: An assessment of community and clinical findings. Pain 1987 June;29(3):313-24.
- Kinney RK, Gatchel RJ, Ellis E, Halot C: Major Psychological disorders in chronic TMD patients: implications for successful management. J Am Dent Assoc. 1992 Oct;123(10):49-54.
- Evaskus DS, Laskin DM: A biochemical measure of stress in patients with myofacial pain dysfunction syndrome. J Dent Res. 1972 Sep-Oct;51(5):1464-6.
- Greene CS, Olson RE, Laskin DM: Psychological factors in the etiology, progression and treatment of MPD syndrome. J Am Dent Assoc. 1982 Sep;105(3):443-8.
- Steed PA: TMD treatment: outcomes. A statistical assessment of the effects of psychological variables. Cranio. 1998 Jul;16(3)138-42.

9. Yap Au, Tan KB, Chua EK. Depression and somatization in patients with temporomandibular disorders. *J Prosthet Dent.* 2002 Nov;88(5):479-84.
10. Schurr RF, Brooke RI, Rollman GB. Psychosocial correlates of temporomandibular joint pain and dysfunction. *Pain* 1990 Aug;42(2):153-65.
11. Stephen MA, Laskin DM. Depression Pain, exposure to stressful life events and long-term outcome in TMD patients. *J Oral Maxillofac Surg.* 2001 June; 59(6), 628-33.
12. Roy R, Thoms M, Matas M. Chronic pain and depression: a review. *J Com Psychiatry.* 1984 May; 25(3): 69-90.
13. Bassett DL, Gerke DC, Goss AN. Psychological factors in temporomandibular joint dysfunction: Depression. *J Aust Prosthodont.* 1990;4:41-45.
14. Marbach JJ, Lund P. Depression, anhedonia and anxiety in temporomandibular joint and other facial pain syndromes. *Pain* 1981 Aug ;11(1):73-84.
15. Kinney RK, Gatchel RJ. Depression in patients with myofascial pain-dysfunction syndrome. *J Dent Res.* 1977 Jan; 56(1):160-67.
16. Southwell J, Deary IJ, Geissler P. Personality and anxiety in temporomandibular joint syndrome patients. *J Oral Rehabil.* 1990 May;17(3):239-243.
17. Yap Au, Chua Ek, Tan KB, Tan HH. Depressive symptoms in Asian TMD patients and their association with non specific physical symptoms reporting. *J Oral Pathol Med.* 2004 May;33(5):305-310.
18. Phillips JM, Gatchel RJ. Clinical implication of sex in acute temporomandibular disorder. *J Am Dent Assoc.* 2001 Jan;132(1):49-57.
19. Greene CS, Marbach JJ. Epidemiologic studies of mandibular dysfunction. *J Prosthet Dent.* 1982 Aug;48(2):184-190.
20. Helkimo M. Epidemiological surveys of dysfunction of masticatory system. *Oral Sci Rev.* 1976;7:54-69.
21. Rudy TE, Turk DC, Kubinski JA, Zaki HS. Differential treatment responses of TMD patients as a function of psychological characteristics. *Pain* 1995 Apr;61(1):103-12.
22. Nillson M, List T, Drangsholt M. Prevalence of temporomandibular pain and subsequent dental treatment in Swedish adolescent. *J Orofac Pain.* 2005 Spring;19(2):144-150.
23. Suvinen TI, Nystrom M. An 8-year follow-up study of temporomandibular disorder and psychosomatic symptoms from adolescence to young adulthood. *J Orofac Pain.* 2004 Spring;18(2):126-30.
24. Plesh O, Curtis D. Amitriptyline treatment of chronic pain in patients with temporomandibular disorders. *J Oral Rehabil.* 2000 Oct;27(10):834-41.
25. Tversky J, Reade PC. Role of depressive illness in the outcome of treatment of temporomandibular dysfunction. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1991 May;71(5):696-699.
26. Blackburn IM, Bishop S, Glen AI, Whalley LG, Christie JE. The efficacy of cognitive therapy in depression: A treatment trial using cognitive therapy and pharmacotherapy, each alone and in combination. *Br J Psychiatry.* 1981 Sep;139:181-9.
27. Wincour E. Oral habits and their association with signs and symptoms of tempormandibular disorder in adolescent. An gender comparison. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 2006 Oct;102(4):482-7.