

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΑΣ
ΤΟΜΕΑΣ ΠΡΟΣΘΕΤΟΛΟΓΙΑΣ

ΣΥΜΒΟΛΗ ΣΤΗΝ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΣΧΕΣΕΩΣ
ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΜΕ ΤΙΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ
ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΓΝΑΘΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ ΤΣΟΛΚΑ
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΣ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΑΘΗΝΑ 1989

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΑΣ
ΤΟΜΕΑΣ ΠΡΟΣΘΕΤΟΛΟΓΙΑΣ

ΣΥΜΒΟΛΗ ΣΤΗΝ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΣΧΕΣΕΩΣ
ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΜΕ ΤΙΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ
ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΓΝΑΘΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ ΤΣΟΛΚΑ
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΣ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΑΘΗΝΑ 1989

Συμβουλευτική Επιτροπή.

1. Δρουκας Β. – Επικουρος Καθηγητης (επιβλεπων).
2. Καλουμενος Ι. – Επικουρος Καθηγητης.
3. Μαρκοσταμος Κ. – Επικουρος Καθηγητης.

Εξεταστική Επιτροπή.

1. Δρουκας Β. – Επικουρος Καθηγητης (επιβλεπων).
2. Καλουμενος Ι. – Επικουρος Καθηγητης.
3. Μαρκοσταμος Κ. – Επικουρος Καθηγητης.
4. Πατρικιου Α. – Αναπληρωτρια Καθηγητρια.
5. Τσακανικας Κ. – Επικουρος Καθηγητης.

Η εγκριση διδακτορικης διατριβης απο το Οδοντιατρικο Τμημα του Πανεπιστημιου Αθηνas δεν υποδηλωνει οτι αποδεχεται τις γνωμες του συγγραφεα.

(Οργανισμος Πανεπιστημιου Αθηνων Αρθρο 202 παρ. 2 του Νομου 5343)

Στον Δημοσθενη

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ - ΕΙΣΑΓΩΓΗ (σελ 9-10)

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

A. Δυσλειτουργία του Στοματογναθικού Συστήματος (σελ 13-18)

ορισμός

ταξινόμηση

ορολογία

συγχρονες αποψεις αιτιοπαθογενειας

σημεία , συμπτώματα

επιδημιολογικές μελέτες

B. Αιτιοπαθογενεία (σελ 21-33)

αναλυση θεωριων

Γ. Ψυχολογικός παραγοντας και ΔΣΣ - Ψυχικές παθήσεις (σελ 35-44)

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

A. Σκοπος (σελ 47)

B. Υλικό - Μεθοδος (σελ 49-59)

Κριτηρια επιλογης υλικου

Μεθοδολογια

Γ. Στατιστική αναλυση (σελ 61)

Δ. Ευρηματα - Αποτελεσματα (σελ 63-84)

ΣΥΖΗΤΗΣΗ (σελ 85-89)

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ (σελ 91)

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΣΤΑ ΑΓΓΛΙΚΑ (93-95)

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ (σελ 97-111)

ΠΡΟΛΟΓΟΣ - ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι διαταραχές του Στοματογναθικού Συστηματος, πολυπαραγοντικής αιτιολογίας, ταξινομούνται σε δυο βασικές κατηγορίες:
α) φλεγμονώδεις καταστάσεις ή εκφυλιστικές αλλοιώσεις των Κροταφογναθικών Διαρθρώσεων (ΚΓΔ) και
β) νευρομυικές διαταραχές μη οργανικής προέλευσης.

Απο τις ΔΣΣ το 15-20% ανήκει στην α κατηγορία και το 80-85% στην β κατηγορία (Laskin 1980, Δρουκάς και Lindee 1984). Η συχνότητα εμφάνισης σημείων και συμπτωμάτων ΔΣΣ στο γενικό πληθυσμό κυμαίνεται από 33% έως 86% και από 16% έως 59% αντιστοίχα (Carlsson 1984). Στις δυτικές χώρες το ποσοστό του γενικού πληθυσμού που προσφεύγει σε θεραπεία κυμαίνεται από 3% έως 7% (Rugh και Solberg 1985), και σύμφωνα με τις ενδείξεις τα ποσοστά αυτά συνεχώς αυξάνονται. Εάν ο πονοκεφάλος από μυική υπερένταση θεωρηθεί τυπικό σύμπτωμα της ΔΣΣ, όπως υποστηρίζουν πολλοί ερευνητές (Magnusson και Carlsson 1978 a & b, Wanman και Agerberg 1986), τότε η θεραπεία των παθήσεων αυτών από τον οδοντίατρο αποκτά ιδιαίτερη σημασία. Οι λειτουργικές διαταραχές δεν θέτουν σε κίνδυνο την ζωή του ασθενούς αλλά επηρεάζουν την ποιότητα ζωής αφού διαταράσσουν την μάσηση, τον ύπνο, την ομιλία, την σεξουαλική, και γενικά την κοινωνική δραστηριότητα. Υπάρχουν στοιχεία τα οποία αποδεικνύουν ότι δυσλειτουργικές διαταραχές είναι ένα σημαντικό αίτιο για την απουσία των εργαζομένων από την εργασία τους (Solberg 1986).

Η διερεύνηση της αιτιοπαθογενείας των διαταραχών αυτών είναι ένα ιδιαίτερα σοβαρό ζήτημα γιατί από αυτή εξαρτάται και το είδος της θεραπευτικής αγωγής. Η αιτιοπαθογενεία της ΔΣΣ παραμένει ένα αμφιλεγόμενο ζήτημα και έχει δημιουργηθεί ένα είδος πολώσης μεταξύ της σχολής που πιστεύει ότι το πρόβλημα είναι ψυχολογικό δηλαδή κεντρικής αιτιολογίας και της άλλης που αποδέχεται τον τοπικό παραγοντα, δηλαδή την συγκλίσση (Nishioka και Montgomery 1988).

Έχουν γίνει πολλές έρευνες σχετικά με τον ψυχολογικό παραγοντα, οι οποίες ελέγχουν τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας των ασθενών αυτών, εξετάζουν τον παραγοντα στρες και την επίδραση του στο μυικό σύστημα και προσπαθούν να αποδείξουν ότι η ΔΣΣ είναι μια ψυχοσωματική διαταραχή (Rugh 1982). Για τον σκοπο αυτό χρησιμοποιουν διαφορα ψυχολογικά, πειραματικά και εργαστηριακά τεστ η μεθόδους ψυχιατρικής ανάλυσης και συγκρίνουν τους ασθενεις με ΔΣΣ

με υγιή πληθυσμό. Δεν κατορθώνουν όμως να απομονώσουν τον ψυχολογικό παραγοντα σαν κύριο αίτιο της ΔΣΣ. Είναι ενδιαφέρον ότι μέχρι σήμερα το θέμα δεν έχει διερευνηθεί αντιστρόφα:

Παρουσιάζουν οι ψυχασθενείς, άτομα με κατ'εξοχή διαταραγμένο τον ψυχολογικό παραγοντα, μεγαλύτερη συχνότητα ΔΣΣ σε σύγκριση με τον ψυχικά υγιή πληθυσμό;

Σκοπός αυτής της έρευνας είναι να διερευνηθεί:

α) Η γενική συχνότητα της Δυσλειτουργίας του Στοματογναθικού Συστήματος σε ψυχιατρικούς ασθενείς.

β) Ποιες ειδικά κατηγορίες ψυχικών παθήσεων διαταράσσουν την ευρυθμή λειτουργία του στοματογναθικού συστήματος.

γ) Αν οι ασθενείς με διαγνωσμένη ψυχική πάθηση παρουσιάζουν μεγαλύτερη συχνότητα Δ.Σ.Σ. σε σχέση με ψυχικά υγιή άτομα και κατά ποσο η ψυχολογική διαταραχή μπορεί να απομονωθεί σαν αίτιο της Δ.Σ.Σ.

Η προετοιμασία και η σχεδίαση της μελέτης έγινε από την Κλινική της Φυσιολογίας του Στοματογναθικού Συστήματος, Πανεπιστήμιο Αθηνών και πραγματοποιήθηκε στην Κλινική του Ψυχιατρικού Τμήματος του ΝΙΜΙΤΣ. Η εργασία αυτή αποτελείται από:

Από τη θέση αυτή θεωρώ υποχρέωση μου να ευχαριστήσω θερμά όλους όσους βοήθησαν στην πραγματοποίηση αυτής της μελέτης:

Τον αγαπητό δασκάλο μου και άμεσα επιβλεπόντα Επ. Καθηγητή Βυρώνα Δρουκα, που χάρις στην πολύτιμη εμπειρία και πολυπλευρή γνώση του και στην αμερίστη ηθική του συμπαραστάση, μπορέσα και πραγματοποιήσα την έρευνα αυτή.

Τον Επ. Καθηγητή Ιωάννη Καλούμενο για το ενδιαφέρον με το οποίο περιέβαλε την έρευνα αυτή, και το ότι μαθητευόντας κοντά του ήταν για μένα πολύτιμη εμπειρία.

Στον κ. Κ Μπαλα διευθυντή του Ψυχιατρικού τμήματος του ΝΙΜΙΤΣ επιθυμώ να εκφράσω την βάθεια και ειλικρινή ευγνωμοσύνη μου, γιατί σε όλα τα στάδια της εργασίας αυτής, η συμμετοχή και η συμβολή του ήταν καθοριστική.

Θερμά ευχαριστώ τον κ. Μαρκοσταμό, ως μέλος της συμβουλευτικής επιτροπής, για τις αξιολογές διορθώσεις και παρααινέσεις του, και τον κ. C. Richardson για την βοήθεια του στην στατιστική ανάλυση και αξιολόγηση των ευρημάτων.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Α. Δυσλειτουργία του Στοματογναθικού Συστήματος

Β. Αιτιοπαθογενεία

Γ. Ψυχολογικός παραγοντα – Ψυχικές παθήσεις

Α. Δυσλειτουργία του Στοματογναθικού Συστήματος

Με τον ορο Δυσλειτουργία του Στοματογναθικού Συστήματος (Δ.Σ.Σ) εννοούμε ένα σύνολο διαταραχών, πολυπαραγοντικής αιτιολογίας, οι οποίες εκδηλώνονται στη μείζονα περιοχή του στοματογναθικού συστήματος. Οι διαταραχές μπορεί να ταξινομηθούν σε δύο βασικές κατηγορίες:

Στην 1η υπαγονται φλεγμονώδεις καταστάσεις ή εκφυλιστικές αλλοιώσεις των κροταφογναθικών διαρθρώσεων (Κ.Γ.Δ) με συχνότητα εμφάνισης 15–20% στο σύνολο των ΔΣΣ, ενώ στη 2η νευρομυικές διαταραχές μη οργανικής προέλευσης, 80–85% (Laskin 1980, Δρουκας και Lindee 1984). Ενδιαφέρον παρουσιάζει η ταξινόμηση της Αμερικανικής Οδοντιατρικής Εταιρείας (American Dental Association) η οποία βασίζεται στις αποψεις του Bell (1986). (Πίνακας 1, Lundeen και συν. 1988).

Πίνακας 1. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΤΩΝ ΚΡΟΤΑΦΟΓΝΑΘΙΚΩΝ ΔΙΑΡΘΡΩΣΕΩΝ

Οξεία προβλήματα των μασητηρίων μυών

1. Προστατευτικό μυϊκό αντανακλαστικό
2. Υπερλειτουργία των μασητηρίων μυών
3. Φλεγμονή των μασητηρίων μυών

Προβλήματα διαρθρίου δίσκου

1. Ασυνεργεία
2. Προσθια μετατόπιση αναταξιμη
3. Προσθια μετατόπιση μη αναταξιμη
4. Οπισθια μετατόπιση
5. Αυτόματη προσθια μετατόπιση

Προβλήματα οφειλόμενα σε εσωτερικό τραύμα

1. Τραυματική αρθρίτις
2. Εξάρθρωμα του κονδύλου
3. Κατάγμα του κονδύλου
4. Προσθια μετατόπιση του κονδύλου

Εκφυλιστικές αλλοιώσεις των Κ.Γ.Δ

1. Μη φλεγμονώδους αιτιολογίας
2. Φλεγμονώδους αιτιολογίας

Φλεγμονώδεις αλλοιώσεις των Κ.Γ.Δ

1. Ρευματιδής αρθρίτις
2. Λοιμώδεις αρθριτίδες
3. Αρθρίτις μεταβολικών νοσών

Χρόνια υποκινητικότητα της κατώ γνάθου

1. Ινώδης αγκύλωση
2. Οστική αγκύλωση
3. Μόνιμος μυϊκή συστολή – συσπασση
4. Προσθια μετατόπιση δίσκου μη αναταξιμη

Η διερεύνηση των παθολογικών αυτών καταστάσεων αρχίζει το 1930 με τον Αμερικανο Ωτορινολαρυγγολόγο Costen (1934), ο οποίος διαπίστωσε σε 11 ασθενείς του κοινά σημεία και συμπτώματα εντοπιζόμενα στα αυτιά και τις κροταφογναθικές διαρθρώσεις: Μειωμένη ακουστική ικανότητα, εμβοές, πονο στα αυτιά, πονο κατά τη ψηλάφηση των Κ.Γ.Δ και πονοκεφαλο. Εκτοτε το σύνολο αυτών των συμπτωμάτων είναι γνωστό σαν σύνδρομο Costen. Διαφοροί ερευνητές στην προσπάθεια τους να περιγράψουν κωδικοποιώντας τις καταστάσεις αυτές, προτείνουν διαφόρους ορους. Οι πιο αντιπροσωπευτικοί από αυτούς κατά χρονολογική σειρά είναι :

Επώδυνο δυσλειτουργικό σύνδρομο της κροταφογναθικής διαρθρώσεως, {T.M.J Pain Dysfunction Syndrome} (P.D.S.), (Schwartz 1956).

Επώδυνο μυοπροσωπικό δυσλειτουργικό σύνδρομο, {Myofascial Pain Dysfunction syndrome} (M.P.D.), (Laskin 1969).

Επώδυνο δυσλειτουργικό σύνδρομο της κατώ γνάθου, {Mandibular Pain dysfunction Syndrome} (M.P.S.), (Molin και συν 1973).

Στη δεκαετία 1970-1980 απορριπτεται η έννοια του συνδρόμου και οι διαταραχές αυτές περιγράφονται συνηθώς με τον όρο Δυσλειτουργία της κατώ γνάθου ή του στοματογναθικού συστήματος, (Agerberg και Carlsson 1974, Helkimo 1974 a, Solberg και συν 1979, Magnusson και Carlsson 1980). Προσφατά στο Journal of Prosthetic Dentistry προτείνεται ο όρος Κρανιογναθική Δυσλειτουργία (Zarb 1985). Ο όρος αυτός τα δύο τελευταία χρόνια εμφανίζεται ολο και συχνότερα στην διεθνή βιβλιογραφία. Η ποικιλία των όρων αντανακλά την διαμάχη των διαφόρων σχολών σχετικά με την αιτιοπαθογένεια των διαταραχών του στοματογναθικού συστήματος. Από πλευράς αιτιολογίας, κεντρικοί παράγοντες (Laskin 1969, Yemm 1976, Rugh και Solberg 1979, Carlsson και Δρούκας 1984) και τοπικοί όπως η συγκλίσση (Dawson 1974, Ramfjord και Ash 1983), έχουν ενοχοποιηθεί και μελετηθεί από πολλούς ερευνητές, σήμερα όμως οι περισσότεροι αποδέχονται την πολυπαραγοντική αιτιολογία (Agerberg και Carlsson 1975, Egermark-Eriksson και συν 1983, Ash 1986, Bell 1986, Wanman 1987, Lundeen και συν 1988).

Τα σημεία και συμπτώματα της Δυσλειτουργίας του Στοματογναθικού Συστήματος κατά τον De Boever (1979) είναι τα εξής:

Συμπτώματα: πονος
"κλειδώμα " της κατώ γνάθου
μυϊκή ευαισθησία

Σημεία : ηχοι απο τις Κ.Γ.Δ
 μειωμενη κατασπαση της κατω γναθου
 αποκλιση της κατω γναθου απο τη μεση
 γραμμη
 δομικες αλλαγες των Κ.Γ.Δ

Κατα τον Helkimo (1974,c):

Συμπτωματα: ηχοι απο τις Κ.Γ.Δ
 αισθημα κοπωσης και μυικη ευαισθησια
 δυσκολια στο ανοιγμα του στοματος
 πονος κατα τις κινήσεις της κατω γναθου
 πονος γενικα στο προσωπο
 "κλειδωμα" της κατω γναθου ,εξarthρημα.

Σημεία: μειωμενη λειτουργικότητα της κατω γναθου
 πονος κατα την ψηλαφηση των Κ.Γ.Δ και
 μυων του στοματογναθικου συστηματος
 πονος κατα τις κινήσεις της κατω γναθου

Τα τελευταια 15 χρονια ενας σημαντικος αριθμος εργασιων, (Agerberg και Carlsson 1973, Lous 1976, Heloe και Heloe 1979, Helkimo 1979, Kayer και συν 1979, Magnusson και Carlsson 1978 a & b, Magnusson και Carlsson 1980, Magnusson 1980, Wanman και Agerberg 1986), αποδεικνυει τη σαφη σχεση μεταξυ Δ.Σ.Σ και πονοκεφαλου ετσι ωστε ο πονοκεφαλος τασεως (tension headache) να θεωρεται πια τυπικο symptωμα αυτης. Αλλα συνοδα symptωματα ειναι συνηθως ιλιγγος, ζαλη, γλωσσοδυνια, πονοι ραχης και αυχενα (Carlsson και συν 1982).

Δυσλειτουργια του στοματογναθικου συστηματος εμφανιζεται σε ολες τις ηλικιες και πιθανοτατα η συχνοτητα της αυξανει με την παροδο της ηλικιας (Morawa και συν 1985, Magnusson και συν 1986). Συμφωνα με επιδημιολογικες μελετες που πραγματοποιηθηκαν κατα την περιοδο 1979-1984 η συχνοτητα εμφανισης σημειων και symptωματος στο γενικο πληθυσμο κυμαινεται απο 33-86% και 12-50% αντιστοιχα. (Πινακας 2, σελ 16). Τα μεγαλυτερα ποσοστα εχουν διαπιστωθει στη Βορεια Ευρωπη ενω τα μικροτερα σε φοιτητικο πληθυσμο των Η.Π.Α (Pullinger και συν 1988 a&b). Συνηθως μονο το 20-25% του συνολου των ασθενων χρειαζεται θεραπευτικη αντιμετωπιση (Helkimo 1979). Οι γυναικες εκδηλωνουν με μεγαλυτερη συχνοτητα σημεια και symptωματα, κυριως πονοκεφαλο, απο οτι οι ανδρες (Duinkerke και συν 1985, Laskin και Block 1986, Pullinger και συν 1988 a&b).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ Δ.Σ.Σ. ΚΑΤΑ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΦΥΛΟ ΜΕΛΕΤΗΘΕΝΤΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ (1979-84). (Carlsson 1984).

<u>Συγγραφείς</u>	<u>Αριθ. ατομών</u>	<u>Ηλικία</u>	<u>Χώρα</u>	<u>Δείγμα</u>	<u>Συμπτώματα</u>	<u>Σημεία</u>
Abdel-Hakim	215	17-65	Αιγυπτος	Ανδρες- Βεδουινοί	>24%	>39%
Alanen & Kirveskan	853	18-57	Φιλανδία	Βιομηχανικοί εργάτες	57%*	
Battistuzzi	850	25-54	Ολλανδία	Δύο δείγματα (υπαλλήλοι, συζυγοί)	25%	
Bush και συν	1352	<20 >70	Η.Π.Α	Τρία δείγματα (νοσοκομεία, ασθενείς, εξωτ δείγμα)	51%	
Egermark & συν	402	7,11,15	Σουηδία	Μαθητές	16-25%	33-61%
Gazit και συν	369	10-18	Ισραήλ	Μαθητές	56%*	
Helm και συν	758	28-34	Δανία	Πολίτες	48%	
Heloe & Heloe	246	25	Νορβηγία	Τυχαιο δείγμα	32%	
Ingrevall & συ	389	21-54	Σουηδία	Στρατιωτικοί	12%	60%
Κανονής	850	16-93	Ελλάδα	Τυχαιο δείγμα	35%	
Mohlin	272	20-45	Σουηδία	Γυναίκες	28%	66%
Nilner	309	15-18	Σουηδία	Μαθητές	41%	77%
Nilner&Lassing	440	7-14	Σουηδία	Μαθητές	36%	72%
Osterberg & Carlsoon	384	70	Σουηδία	Τυχαιο δείγμα	50%	86%
Rao&Rao	1187	16-56	Ινδία	Οδοντ. ασθενείς	20%*	
Rieder & συν	1040	13-86	Η.Π.Α	Οδοντ. ασθενείς	88%*	
Solberg & συν	739	19-25	Η.Π.Α	Φοιτητές	25%	76%
Swanljung& Rantanen	583	18-64	Φιλανδία	Τυχαιο δείγμα	50%	41%

*Υποκειμενικά και αντικειμενικά ευρήματα

Αναλυοντας τα στοιχεία άλλων επιδημιολογικών μελετών παρατηρούμε τα εξής:

Οι Agerberg και Carlsson (1972,1973) παρουσιάζουν την πρώτη επιδημιολογική έρευνα με σωστή επιλογή δείγματος από στατιστική άποψη. Διερευνούν 1215 άτομα σε περιοχή της Νοτίας Σουηδίας ηλικίας 15-74 ετών και με τη βοήθεια ειδικού ερωτηματολογίου διαπιστώνουν ότι:

Το 39% παρουσιάζε ηχους από τις Κ.Γ.Δ.

Το 12% πονο κατά την διανοίξη του στοματός και σε άλλες κινήσεις.

Το 7% δυσκολίες στο άνοιγμα του στοματός.

Το 24% πονοκεφαλο.

Ο Helkimo (1974 a&b) χρησιμοποιώντας ειδικό αναμνηστικό και κλινικό ιστορικό εξετάζει το στοματογναθικό σύστημα πληθυσμού της Νοτίας Φιλανδίας και καταλήγει στα εξής συμπεράσματα:

Το 35% ανέφερε ηχους από τις Κ.Γ.Δ κατά τις κινήσεις της κ γνάθου

Το 29% ευαίσθησια στους μυες.

Το 15% πονο στις αρθρώσεις και πρόσωπο.

Το 42% ποικιλία στοματικών εξεών.

Το 21% πονοκεφαλο δυο φορές την εβδομάδα.

Από την κλινική εξέταση διαπιστώνει τα εξής:

Το 45% παρουσιάζε ευαίσθησια κατά τη ψηλάφηση των Κ.Γ.Δ.

Το 66% ευαίσθησια κατά την ψηλάφηση των μυών του ΣΣ.

Το 63% ηχους από τις Κ.Γ.Δ αισθητους κατά την ψηλάφηση.

Οι Solberg και συν (1979) εξετάζοντας 739 φοιτητες ηλικίας 19-25 ετών αναφέρουν τα εξής:

Το 28,3% παρουσιάζε ηχους από τις Κ.Γ.Δ.

Το 18,3% μετατόπιση της κάτω γνάθου από τη μέση γραμμή.

Το 5,3% πονο κατά τη ψηλάφηση των Κ.Γ.Δ.

Το 34,2% πονο κατά τη ψηλάφηση των μυών.

Οι Gross και Gale (1983) σε 1000 οδοντιατρικούς ασθενείς διαπιστώνουν ότι:

Το 5,8% παρουσιάζε μειωμένη κατασπαση.

Το 17,8% αποκλιση.

Το 34,7 ηχους από τις Κ.Γ.Δ.

Το 17,6% πονο κατά τη ψηλάφηση των μυών.

Οι Rieder και συν (1983 a&b) εξετάζοντας 1040 οδοντιατρικούς ασθενείς υπολογίζουν ότι:

Το 14,1% παρουσιάζε δυσκολίες στο άνοιγμα του στοματός.

Το 25,2% αποκλιση.

Το 49,6% ηχους από τις Κ.Γ.Δ.

Στη χώρα μας σε αναλογη επιδημιολογική μελέτη πληθυσμού Αθηνάς-Πειραιά, ο Κανονης (1983) εξετάζοντας 850 άτομα, ηλικίας 16-93 και χρησιμοποιώντας ειδικό ερωτηματολόγιο διαπίστωσε τα εξής:

Το 9,8% παρουσίαζε πονοκεφαλό.

Το 6,5% δυσκολία στη διανοιξη.

Το 31% ηχους απο τις Κ.Γ.Δ.

Το 5,6% πονο κατα τις κινήσεις της κάτω γνάθου.

Αναφορικά με τα επιδημιολογικά δεδομένα που αφορούν γενικά τις παιδικές ηλικίες και εδώ τα ποσοστά είναι υψηλά εντασσόμενα σε γενικές γραμμές σε εκείνα των ενηλίκων. (Πίνακας 3, σελ 19).

Μία απο τις σοβαρότερες επιδημιολογικές έρευνες που έγινε σε 402 παιδιά ηλικίας 7-11-15 ετών (Egermark-Eriksson και συν 1981), απέδειξε ότι ποσοστό 20-25% παρουσίαζε βρυγμο. Συμπτώματα δυσλειτουργίας παρουσίαζε το 16-25%, ενώ σημεία το 30% στις μικρότερες ηλικίες και το 60% στις μεγαλύτερες. Πέντε χρόνια αργότερα απο το ίδιο υλικό εξετασθηκαν 135 νεαροί ενήλικες οι οποίοι κατα την πρώτη εξέταση ήταν 15 ετών. Απο αυτούς το 62% παρουσίαζε κλινικά σημεία δυσλειτουργίας (Magnusson και συν 1986, Egermark-Eriksson και συν 1987). Σε Ελληνική μελέτη (Δαμιανάκου 1986) 100 παιδιών με ορθοδοντικά προβλήματα διαπιστώθηκαν τα εξής:

Ηχους απο τις Κ.Γ.Δ παρουσίαζε το 49%.

Ευαισθησία στη ψηλάφηση των Κ.Γ.Δ απο τα πλάγια το 13%.

Πονοκεφαλό δυο φορές το μήνα το 28%.

Αποκλίση το 47%.

Συνολικά τα κυριώτερα συμπεράσματα που μπορούν να εξαχθούν απο όλες τις επιδημιολογικές έρευνες που έχουν γίνει μέχρι σήμερα είναι τα ακόλουθα:

1) Τα σημεία και συμπτώματα της δυσλειτουργίας είναι πιο συχνά στον γενικό πληθυσμό, απ' ότι πιστευονταν παλιότερα. Αυτό σημαίνει ότι οι Οδοντίατροι στην καθημερινή πράξη, πρέπει να δίνουν μεγαλύτερη έμφαση κυρίως στην διάγνωση αλλά και στην θεραπεία των λειτουργικών διαταραχών του στοματογναθικού συστήματος.

2) Δεν υπάρχουν μεγάλες διαφορές ως προς την συχνότητα της δυσλειτουργίας μεταξύ των δυο φύλων ή μεταξύ των διαφόρων ομάδων ηλικιών.

3) Κανένας κυριάρχος αιτιολογικός παραγων δεν βρέθηκε στους διαφόρους ετερογενείς πληθυσμούς που διερευνήθηκαν, γεγονός που συνηγορεί υπέρ

της πολυπαραγοντικης αιτιολογιας των λειτουργικων διαταραχων του Στοματογναθικου Συστηματος.

4) Ολα τα ατομα με σημεια και συμπτωματα δυσλειτουργιας δεν χρειαζονται απαραιτητα και θεραπευτικη αντιμετωπιση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. ΣΥΧΝΟΤΗΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΣΗΜΕΙΩΝ ΤΗΣ ΔΣΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΝΕΑΡΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ. (Wanman 1987).

Συγγραφεις	Χωρα	Αρ ατομων	Ηλικια	Δειγμα	Συμπτωματα	Σημεια
Geering-Gaerny, Rakosi (1971)	Ελβετια	232	8-14	Μαθητες		41%
Ageberg, Carlsson (1972,1973)	Σουηδια	258	15-24	Πληθυσμος	58%	
Molin και συν (1976)	Σουηδια	253	19	Νεοσυλλεκτοι	12%	28%
Crosfeld, Gzernicka (1971)	Πολωνια	250	6-8	Μαθητες	6%	56%
Crosfeld,, Gzernicka (1971)	Πολωνια	250	13-15	Μαθητες	10%	68%
Wigdorowicz-Makoweroewa & συν (1979)	Πολωνια	2100	10-15	Μαθητες		60%*
Solberg και συν (1979)	Η.Π.Α	739	19-25	Φοιτητες	26%	76%
Egermark-Eriksson και συν(1981)	Σουηδια	402	7-11-15	Μαθητες	16-25%	33-61%
Nilner,Lassing (1981)	Σουηδια	440	7-14	Μαθητες	36%	72%
Nilner (1981)	Σουηδια	309	15-18	Μαθητες	41%	77%
De Vis και συν (1984)	Βελγο	510	3-6	Μαθητες		35%
Gazit και συν (1984)	Ισραηλ	360	10-18	Μαθητες		56%
Grosfeld & συν (1985)	Πολωνια	400	15-18	Μαθητες		68%*
Grosfeld & συν (1985)	Πολωνια	400	19-21	Σπουδαστες		67%*
Magnusson & συν (1986)	Σουηδια	119	20	Ενηλικες	25%	76%
Δαμιανακου (1986) +	Ελλαδα	100	<11>16	Ορθοδοντικοι ασθενεις	51%	89%
Wanman, Ageberg (1986)	Σουηδια	285	17	Πληθυσμος	20%	56%

+ Δικη μας συμπληρωση του πινακα

* Υποκειμενικα και αντικειμενικα ευρηματα

Β.Αιτιοπαθογενεια (αναλυση θεωριων)

Δυο μειζονες παραγοντες, η συγκλεισιακη δυσαρμονια και το ψυχολογικο στρες, εχουν προταθει σαν οι κυριες αιτιες διαταραχης του στοματογναθικου συστηματος. Οι θεωριες υπερ της συγκλεισιακης δυσαρμονιας ειναι οι εξης:

A: ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΜΗΧΑΝΙΚΗΣ ΜΕΤΑΤΟΠΙΣΗΣ

B: ΝΕΥΡΟΜΥΙΚΗ ΘΕΩΡΙΑ (De Boever 1979)

Υπερ του ψυχολογικου παραγοντα συνηγορουν οι ακολουθες:

Γ: ΜΥΙΚΗ ΘΕΩΡΙΑ

Δ: ΨΥΧΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΘΕΩΡΙΑ

E: ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΘΕΩΡΙΑ (De Boever 1979)

ΑΝΑΛΥΣΗ ΘΕΩΡΙΩΝ ΥΠΕΡ ΤΗΣ ΣΥΓΚΛΕΙΣΙΑΚΗΣ ΔΥΣΑΡΜΟΝΙΑΣ

A: ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΜΗΧΑΝΙΚΗΣ ΜΕΤΑΤΟΠΙΣΗΣ

Ο Costen (1934) αξιολογει σαν κυριο αιτιολογικο παραγοντα της εμφανισης συμπτωμων δυσλειτουργιας του στοματογναθικου συστηματος την πιεση που ασκει στα ωτοκροταφικα νευρα, στη χορδη του τυμπανου και στην ευσταχιανη σαλπινγα ο μετατοπισμενος κονδυλος. Η μετατοπιση του κονδυλου οφειλεται σε απωλεια οπισθιων δοντιων και σε υπερσυγκλειση προσθιων. Τα συμπτωματα κατα τον Costen (1934) ειναι μειωμενη ακουστικη ικανοτητα, εμβοες, πονος στις Κ.Γ.Δ. στα αυτια και πονοκεφαλος. Ο Zimmerman (1951) απορριπτει τις αντιληψεις του Costen αποδεικνυοντας οτι η θεωρια της πιεσης του κονδυλου στα ανωτερω νευρα και ανατομικα μορια δεν ευσταθει απο ανατομικης αποψεως.

Αργοτερα αλλοι ερευνητες αποδεχομενοι μια ιδανικη σχεση κονδυλου γληνης στη κεντρικη συγκλειση συμπεριλαμβανουν στην αιτιολογια της Δ.Σ.Σ. αλλαγες στη θεση των κονδυλων τοσο σε οβελιαιο οσο και σε μετωπιαιο επιπεδο (De Boever 1979). Κατα αυτους οι αιτιολογικοι παραγοντες της μετατοπισης των κονδυλων απο την ιδανικη θεση ειναι:

1. Απωλεια γομφιων και προγομφιων
2. Ανεπαρκης μασητικη επαφη στη περιοχη των γομφιων
3. Προωρες επαφες που προκαλουν παρεκτοπιση η περιστροφη της κατω γναθου

Κατά τη θεωρία αυτή η μη αρμονική σχέση κονδύλων – γλήνης που καθορίζεται από τη συγκλίσση μπορεί να προκαλέσει μυϊκό σπασμό και εκφυλιστικές αλλοιώσεις στις κροταφογναθικές διαρθρώσεις με αποτέλεσμα δυσλειτουργία του στοματογναθικού συστήματος. Η θεωρία αυτή δεν μπορεί να δώσει απαντήσεις στα εξής ερωτήματα:

1. Με ποιο τρόπο παραλειτουργικές εξείς, όπως βρυγμός, ευθύνονται για την εκδήλωση συμπτωμάτων από το στοματογναθικό σύστημα
2. Γιατί τα αποτελέσματα των περισσότερων ιστολογικών μελετών δεν καταδεικνύουν ότι υπάρχει σχέση μεταξύ απώλειας δοντιών και ενδοαρθρικών αλλοιώσεων των Κ.Γ.Δ.

B: ΝΕΥΡΟΜΥΙΚΗ ΘΕΩΡΙΑ

Κατά τη θεωρία αυτή η συγκλίσιακή δυσαρμονία οδηγεί μέσω ιδιοδεκτικής ανατροφοδότησης σε κακή μυϊκή συνεργασία και σε σπασμό που συνεπάγεται την εκδήλωση Δ.Σ.Σ. Επί πλέον οι συγκλίσιακες παρεμβολές ευθύνονται κυρίως για την ανάπτυξη παραλειτουργικών εξεών, όπως ο βρυγμός (σφιξίμο και τριξίμο δοντιών), οι οποίες με τη σειρά τους και με τον ίδιο ιδιοδεκτικό μηχανισμό οδηγούν στην εκδήλωση συμπτωμάτων δυσλειτουργίας (Dawson 1974, Ramfjord και Ash 1983, Mongini 1984).

Πολλές επιδημιολογικές έρευνες αποδεικνύουν ότι υπάρχει σχέση μεταξύ συγκλίσιακών δυσαρμονιών και συμπτωμάτων από το στοματογναθικό σύστημα. Ο Helkimo (1979) κατέδειξε ότι υπάρχει σαφής σχέση μεταξύ αριθμού συγκλινόντων δοντιών και συχνότητας εμφάνισης Δ.Σ.Σ. Οι πρώτες επαφές στη κεντρική σχέση και οι παρεμβολές κατά τις εκκεντρες κινήσεις της κάτω γνάθου εμφανίζονται πιο συχνά σε ασθενείς με Δ.Σ.Σ. (Carlsson και συν 1976). Σ αναλογική εργασία ο Geering (1974) εξετάζοντας 285 άτομα διαπίστωσε ότι οι ασθενείς αυτοί εμφάνιζαν με διπλάσια συχνότητα συγκλίσιακες παρεμβολές, οι οποίες εντοπιζόνταν στην ίδια πλευρά που εκδηλώνονταν τα συμπτώματα. Ο Maoyama και συν (1982) κατέδειξαν με τη χρήση κινησιογράφου, ότι η διαφορά συμπτώσεως κεντρικής σχέσης και κεντρικής συγκλίσσης εμφανίζεται με στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη συχνότητα στα άτομα με Δ.Σ.Σ από ότι στους υγιείς. Οι Manns και συν (1987) απέδειξαν ότι το συγκλίσιακο σχήμα κυνοδοντικής προστασίας ελλοιώνει την μυϊκή δραστηριότητα ακόμη και κατά την διάρκεια εκτέλεσης παραλειτουργικών κινήσεων της κάτω γνάθου.

Ενώ όταν υπάρχουν παρεμβολές στη μη λειτουργούσα πλευρά η μυϊκή δραστηριότητα μεταβάλλεται δραματικά (αύξηση), (Belser και Hannam 1985).

Κατά τους Ageberg και Carlsson (1973) οι παραλειτουργικές εξείς, όπως σφίξιμο και τριξιμο δοντιών, αυξάνουν τον μυϊκο τόνο που έχει σαν αποτέλεσμα την εμφάνιση πόνου και Δ.Σ.Σ. Η κλινική αυτή παρατήρηση επιβεβαιώθηκε και πειραματικά από τον Veestergaard Cristensen (1971). Συγκεκριμένα εννέα υγιή άτομα ετρίζαν τα δόντια τους μονοπλευρά για 30 λεπτά, σε οκτώ άτομα παρουσιάστηκε πόνος μετά από δύο ώρες (κυρίως στη περιοχή του κροταφίτη, της κροταφογναθικής διαρθρώσης, των δοντιών και του προσώπου) και η διάρκεια του ήταν περίπου δύο ημέρες (ισοτονική συσπασή). Σε άλλα πειράματα του ο πόνος εκλύετο αμέσως μετά από συνεχή σφίξιμο των δοντιών (ισομετρική συσπασή) για 1 λεπτό (Veestergard Cristensen 1979,1981). Η συνολική διάρκεια του πόνου ήταν 2 λεπτό. Το ίδιο διαπιστώθηκε και από τους Bowely και Gale (1987). Κατά τον Ramfjord (1961 a), οι συγκλεισιακές δυσαρμονίες είναι οι κύριοι ενοχοποιητικοί παράγοντες για την εμφάνιση των παραλειτουργικών εξέων. Η εξαλείψή των δυσαρμονιών αυτών με εκλεκτικό τροχισμό οδηγεί στη μείωση ή στην εξαλείψή των συμπτωμάτων από το στοματογναθικό σύστημα (Ramfjord 1961b). Στα ίδια συμπεράσματα κατέλειξε και ο Mc Namara (1977), διαπιστώνοντας ότι η εξισορροπήση της συγκλεισης 18 ασθενών με Δ.Σ.Σ. μείωσε σημαντικά την διάρκεια της περιόδου σιωπής (silent period). Οι Forssell και συν (1986) σε μια ομάδα 48 ασθενών, εξαλείψαν τις συγκλεισιακές παρεμβολές με εκλεκτικό τροχισμό, ενώ σε μια δεύτερη ομάδα 43 ασθενών η ρύθμιση της συγκλεισης ήταν πλάσματική (placebo). Όλα τα άτομα παρουσίασαν την ίδια βελτίωση των υποκειμενικών τους ενοχλημάτων, αλλά η πρώτη ομάδα παρουσίασε βελτίωση στατιστικά σημαντική και των αντικειμενικών ευρημάτων.

Οι Randow και συν (1976), τοποθετώντας ένα χρυσό ενθετό στον πρώτο γομφίο της κάτω γνάθου, δημιούργησαν τεχνητή συγκλεισιακή παρεμβολή σε οκτώ άτομα υγιή και προκάλεσαν πλάγια μετατόπιση της κάτω γνάθου. Μετά από μια εβδομάδα επτά άτομα παρουσίασαν πόνο και καταγράφηκε ηλεκτρομυογραφικά αυξημένη μυϊκή δραστηριότητα του κροταφίτη μυ. Στα ίδια συμπεράσματα κατέληξαν οι Riise και Sheikholeslam (1982) δημιουργώντας παρεμβολή με εμφράξη στο πρώτο δεξίο γομφίο της κάτω γνάθου, ύψους 0,5 mm.

Κατά καιρούς έχουν δημοσιευθεί αναλογές εργασίες οι οποίες εκφράζουν αντιθετές απόψεις. Ο Helkimo (1974 c) δεν διαπίστωσε

στατιστικά σημαντική μεγαλύτερη συχνότητα συγκλεισιακών παρεμβολών σε άτομα με Δ.Σ.Σ. Σε δύο κλινικές έρευνες Droukas και συν (1984), Droukas και συν (1985), μελετήθηκε η σχέση των συγκλεισιακών παραμετρών με τα σημεία και συμπτώματα της Δ.Σ.Σ σε ομάδα 48 φοιτητών της Οδοντιατρικής του Πανεπιστημίου του Göteborg και ακολουθώς σε ομάδα ασθενών με ΔΣΣ. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι επί μέρους συγκλεισιακές παρεμβολές, το συγκλεισιακό σχήμα και ο αριθμός οδοντικών επαφών δεν συσχετίζονται (στατιστικά σημαντικά) με τα σημεία και συμπτώματα της Δ.Σ.Σ. Στα ίδια συμπεράσματα καταλήγουν και οι Egermark-Eriksson και συν (1987) εξετάζοντας 240 παιδιά ηλικίας 11-15 ετών. Η μόνη αξιοσημείωτη συσχέτιση που διαπιστώθηκε ήταν μεταξύ ηχών Κ.Γ.Δ. (clicking) και ετεροπλευρών προώρων επαφών στη κεντρική σχέση.

Πολλοί ερευνητές αμφιβάλλουν αν οι παραλειτουργικές εξείς όπως ο βρυγμός, που ευθύνονται για δυσλειτουργία του στοματογναθικού συστήματος, δημιουργούνται από τοπικούς παραγοντες όπως η συγκλείση (Perry και συν 1960, Yemm 1969 a&b, 1971). Οι Scharer και Stalard (1966) δεν παρατήρησαν ηλεκτρομυογραφικές αλλαγές στο αρχικό μυϊκό προτυπό των μασητηρίων μυών μετά από την τοποθέτηση τεχνητής παρεμβολής στη μη λειτουργούσα πλευρά. Οι Edmiston και Laskin (1978) σε μια ομάδα ασθενών δεν εφηρμοσαν καμία οδοντική θεραπεία τροποποίησης των συγκλεισιακών επαφών οι οποίες όμως βελτιώθηκαν μετά από ψυχολογική και φαρμακευτική αγωγή. Οι Magnusson και Enbom (1984) δημιούργησαν παρεμβολές στη μη λειτουργούσα πλευρά δώδεκα υγιών ατόμων ενώ σε μια δεύτερη ομάδα η τοποθέτηση ήταν πλασματική. Το αποτέλεσμα ήταν εντυπωσιακό αφού και οι δύο ομάδες παρουσίασαν συμπτώματα Δ.Σ.Σ. Οι Carlsson και Droukas (1984) αναφέρουν ότι οι συγκλεισιακές δυσαρμονίες τις περισσότερες φορές μπορεί να καλύπτουν άλλους αιτιολογικούς παραγοντες.

ΑΝΑΛΥΣΗ ΘΕΩΡΙΩΝ ΥΠΕΡ ΤΟΥ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ

Γ: ΜΥΙΚΗ ΘΕΩΡΙΑ

Συμφωνα με αυτη τη θεωρια το μυικο συστημα του συγχρονου ανθρωπου ενω δεν ασκειται επαρκως, δεχεται καθημερινα στρεσογονα ερεθισματα απο το περιβαλλον, με αποτελεσμα να εμφανιζει μια διαταραχη η οποια ονομαζεται υποκινητικη νοσος. Η Δ.Σ.Σ. δεν ειναι τιποτε αλλο παρα μια τετοια ασθενεια των μυων του προσωπου και του τραχηλου. Ο κυριος αιτιολογικος παραγοντας ειναι ο σπασμος των αντιστοιχων μυων που συνηθως συμβαινει μετα απο συνεχη μυικη υπερλειτουργια και η δε συγκλεισιακη δυσαρμονια ειναι το αποτελεσμα του μυικου σπασμου (De Boever 1979).

Δ: ΨΥΧΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΘΕΩΡΙΑ

Συμφωνα με αυτη τη θεωρια (Laskin 1969) το αιτιο για την εμφανιση Δυσλειτουργιας του Στοματογοναθικου Συστηματος ειναι ο μυικος σπασμος. Ο μυικος σπασμος προκαλειται συνηθως απο μυικη υπερεκταση, μυικη υπερσυσπαση, και μυικο καματο. Αιτιολογικοι παραγοντες που ευθυνονται για την μυικη υπερεκταση ειναι συνηθως κακες προσθετικες αποκαταστασεις (ιατρογενη τοπικα αιτια) που τροποποιουν τον ελευθερο μεσοφραγματικο χωρο. Η υπερσυσπαση μπορει να δημιουργηθει μετα απο αμφοτεροπλευρη απωλεια οπισθιων δοντιων και υπερσυγκλειση προσθιων. Κατα τον Laskin (1969) η υπερσυσπαση και υπερεκταση των μυων που προκαλουνται κυρια απο τοπικους μηχανικους παραγοντες ευθυνονται μονο για ελαχιστες περιπτωσεις Δ.Σ.Σ. Ο μυικος καματος ειναι ο πιο συχνος εκλυτικος παραγοντας και προκαλειται βασικα απο διαφορες παραλειτουργικες στοματικες εξεις. Οι παραλειτουργικες αυτες εξεις και κυριως ο βρυγμος, συνηθως εμφανιζονται κατω απο εντονες συναισθηματικες καταστασεις η εχουν σχεση με σοβαρες ψυχολογικες διαταραχες.

Οι συγκλεισιακες δυσαρμονιες ειναι το αποτελεσμα του μυικου σπασμου (Edmiston και Laskin 1978, Laskin και Block 1986). Ο Yemm (1969 a&b, 1971, 1976) απεδειξε πειραματικα οτι η ενεργεια των μασητηριων μυων αυξανει κατω απο συνθηκες εντονου στρες. Μελετες απο τους Greene και Laskin (1971), Laskin και Greene (1972), Shipman και συν (1974) και Goodman και συν (1976) κατεδειξαν οτι ασθενεις με Δ.Σ.Σ. ανταποκριθηκαν

ικανοποιητικά σε θεραπεία τύπου "συζήτηση ενημέρωση" υποστηρικτική αγωγή, σε placebo ναρθήκες, εκλεκτικό τροχισμό και φάρμακα. Τα επίπεδα κατεχολαμινών και 17-υδροξυστεροειδών στα ούρα ασθενών με Δ.Σ.Σ. ευρέθηκαν στατιστικά σημαντικά αυξημένα συγκριτικά με τα αντιστοιχα επίπεδα υγιών ατόμων (Evaskus και Laskin 1972, Geissler 1985). Η αύξηση αυτή συνήθως συμβαίνει κάτω από συνθήκες στρες και επομένως οι ασθενείς με Δ.Σ.Σ. ευρίσκονται υπό την επιρροή εντονότερου συναισθηματικού στρες. Οι Mercuri και συν (1979) συγκρίνοντας την ανταπόκριση του μυϊκού συστήματος ασθενών με Δ.Σ.Σ. και υγιών όταν εκτείθονταν σε συνθήκες προκλήτου στρες, διαπίστωσαν ότι ο κροταφίτης και μασητήρας μυς των ασθενών παρουσίαζε μεγαλύτερη ηλεκτρομυογραφική δραστηριότητα, ενώ οι καρδιακοί παλμοί και στις δύο ομάδες ήταν ίδιοι. Η θεωρία αυτή τα τελευταία χρόνια δεχεται ολο και μεγαλύτερη υποστηρίξη αν και δεν κατορθώνει να απομονώνει έναν κύριο αιτιολογικό παράγοντα.

Ε: ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΘΕΩΡΙΑ

Η ψυχολογική θεωρία επισημαίνει ότι στην αιτιολογία της Δυσλειτουργίας του Στοματογναθικού Συστήματος πρωταγωνιστούν κυρίως οι ψυχολογικοί παράγοντες και επομένως η Δ.Σ.Σ μπορεί να χαρακτηριστεί σαν ψυχοσωματική διαταραχή. Σαν ψυχοσωματική διαταραχή χαρακτηρίζεται η παρουσία σωματικών συμπτωμάτων που υπονοούν φυσική διαταραχή, για την οποία όμως δεν υφίστανται εμφανή οργανικά ευρήματα ή γνωστοί παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί αλλά ενδείξεις ψυχολογικών καταστάσεων στις οποίες οφείλονται τα συμπτώματα (American Psychiatric Association- Diagnostic and Statistical Manual 1980). Για την καλύτερη μελέτη των ψυχολογικών παραγόντων και της συμβολής των στην εκδήλωση συμπτωμάτων δυσλειτουργίας, έχουν κατά καιρούς διατυπωθεί διάφορες θεωρίες (Rugh και Solberg 1979):

- α) Η κλασική ψυχαναλυτική θεωρία
- β) Η θεωρία των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας
- γ) Η θεωρία της αντίληψης
- δ) Η θεωρία της συμπεριφοράς
- ε) Η θεωρία της μάθησης
- στ) Η θεωρία των συναισθηματικών καταστάσεων και των ψυχολογικών διαταραχών

α) Κλασική ψυχαναλυτική θεωρία

Συμφώνα μ αυτή τη θεωρία κάθε ψυχοσωματική διαταραχή αντιμετωπίζεται σαν μια αντίδραση της μετατροπής (conversion reaction) ή σαν μια εξόδος των ασυνειδητών συναισθηματικών συγκρούσεων (Sim και Gordon 1972). Η Moulton (1955) υποστηρίζει ότι η ενοχή των σεξουαλικών αντιδράσεων εκφράζεται συνηθώς με τη μορφή ψυχοσωματικής διαταραχής στη περιοχή του στοματος. Η ίδια ερευνητρια παρουσιάζει τέσσερις κατηγορίες αιτιών που έχουν σχέση με την αλληλεπίδραση συναισθηματικών και φυσικών διαδικασιών.

α: Στοιχεία αμέσης συμπεριφοράς που σχετίζονται με τη φροντίδα των δοντιών, με εξείς διατροφής ή με τη γενικότερη στάση του ατόμου απέναντι στον οδοντίατρο

β: Υποκείμενα συμπτώματα χωρίς φυσική βλάβη, όπως συμβαίνει στην υστερική αντίδραση

γ: Δυσλειτουργία του αυτονομου νευρικού συστήματος, αποτέλεσμα αγχους, που τελικά προκαλεί δομικές αλλαγές στο τελικό όργανο

δ: Στοματικές εξείς οι οποίες είναι προξενoi δομικών βλαβών ή επιμονου πονου.

Η Moulton (1955) που θεωρεί την Δ.Σ.Σ σαν καθαρά ψυχοσωματική διαταραχή περιορίζει την αιτιολογία της στην (δ) κατηγορία. Η άποψη της στηρίζεται στα αποτελέσματα ψυχιατρικών ατομικών συνεντεύξεων που πήρε από 35 ασθενείς με συμπτώματα Δ.Σ.Σ. Ο Lefer (1966, 1971) αντιμετωπίζει την Δ.Σ.Σ σαν μια μετατροπή της αντίδρασης που εκδηλώνεται κυρίως στη στοματική κοιλότητα και είναι αποτέλεσμα συναισθηματικών συγκρούσεων που έχουν σχέση μ ασυνειδητες ανάγκες εξάρτησης και επιθετικότητας. Μια άλλη ενδιαφέρουσα παρατήρηση του Lefer είναι ότι ασθενείς με Δ.Σ.Σ εμφανίζουν στοματικές εξείς που μοιάζουν με γνησιες κινήσεις θηλασμου της βρεφικής ηλικίας. Ο Engel (1951) ερμηνεύει την προσωπαλγία σαν υστερική αντίδραση. Η περιοχή του προσώπου τις περισσότερες φορές επιλεγεται σα σύμβολο σεξουαλικού σαδισμού εξ αιτίας τραυματικών συναισθηματικών καταστάσεων που έλαβαν χώρα κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας. Συμπερασματικά οι αντιλήψεις της ψυχαναλυτικής θεωρίας έχουν αποβεί χρήσιμες γιατί κεντρίζουν το ενδιαφέρον μας για τις ψυχολογικές αντιδράσεις των ασθενών με Δ.Σ.Σ.

β) Η θεωρία των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας (personal traits)

Κατά καιρούς έχουν γίνει σημαντικές προσπάθειες για την ταξινόμηση των χαρακτηριστικών γνωρισμάτων της προσωπικότητας ασθενών με δυσλειτουργία του στοματογναθικού συστήματος. Στις έρευνες αυτές χρησιμοποιήθηκαν ειδικά ερωτηματολόγια στα οποία το ερωτώμενο άτομο απαντά με ένα ΝΑΙ ή ΟΧΙ.

Η θετική ή αρνητική απάντηση σε μια σειρά τέτοιων ερωτήσεων συσχετίζεται με την ύπαρξη συγκεκριμένων χαρακτηριστικών προσωπικότητας. Οι τιμές που προέρχονται από τη συμπλήρωση της δοκιμασίας για κάθε χαρακτηριστικό που μετράται, συγκρίνονται με τις φυσιολογικές τιμές οι οποίες έχουν προσδιορισθεί από μελέτες αντιπροσωπευτικών δειγμάτων γενικού πληθυσμού (Λιακός 1973).

Οι δοκιμασίες αυτές είναι:

- 1) Δοκιμασία M.M.P.I. ή Πολυπαραγοντική δοκιμασία προσωπικότητας της Μιννεσοτά. Αποτελείται από 550 ερωτήσεις και προσδιορίζει τιμές 12 περίπου χαρακτηριστικών της προσωπικότητας.
- 2) Δοκιμασία προσωπικότητας του Eysenk ή Eysenk Personality Inventory (E.P.I.). Παρέχει τιμές για δύο χαρακτηριστικά, νευρώση και ενδοστρεφεία-εξωστρεφεία.
- 3) Δοκιμασία των 16 παραγόντων προσωπικότητας του Catell. Περιέχει μετρήσεις για 16 χαρακτηριστικά. (Λιακός 1973).

Στον Πίνακα 4 (σελ 29), παρατιθενται τα συμπεράσματα πολλών ερευνών που έχουν γίνει μέχρι σήμερα για τον προσδιορισμό των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας ασθενών με Δ.Σ.Σ. και που αξιολογήθηκαν με βάσει τις παραπάνω δοκιμασίες ή με ψυχαναλυτικές μεθόδους (Rugh και Solberg 1979). Από τον πίνακα διαπιστώνουμε ότι οι ασθενείς αυτοί παρουσιάζουν τους ακόλουθους τύπους χαρακτηριστικών προσωπικότητας:

Ναρκισσιστές
Σαδιστές
Αυταρχικοί
Υπευθυνοί
Υποχονδριοί
Καταθλιπτικοί

Συναισθηματικά ασταθείς
Ακαμπτοί
Υπερφυσιολογικοί
Νευρωτικοί
Φυσιολογικοί

**ΠΙΝΑΚΑΣ 4: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΩΝ ΓΙΑ ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ Δ.Σ.Σ. (1951-1974). (Rugh και Solberg 1979)**

Συγγραφείς	Υλικό	Μεθοδος	Αποτελέσματα
Engel (1951)	20 ατυπες νευραλγίες προσώπου	ψυχανάλυση	Οι ασθενείς ήταν μαζοχιστές καταθλιπτικοί, αυτοκαταστροφικοί και ανικανοποίητοι.
Moulton (1955)	35 ασθενείς με Δ.Σ.Σ	ψυχανάλυση	20 από τους 35 ασθενείς ήταν αγχώδεις. 11 στους 35 ήταν ψυχωσικοί ή προψυχωσικοί
Lesse (1956)	18 ατυπες νευραλγίες προσώπου	ψυχανάλυση	Οι ασθενείς περιγράφονται σαν ακαμπτοί, καταναγκαστικοί αυταρχικοί, και μανιοκαταθλιπτικοί.
Kydd (1959)	30 ασθενείς με Δ.Σ.Σ	Cornell Index M.M.P.I Edwards Profile Personality	Αγχώδεις ευρισκομένοι σε υπερενταση, μανιοκαταθλιπτικοί, φοβισμένοι
McCall et al (1961)	70 ασθενείς με Δ.Σ.Σ & 2 ομάδες ελέγχου	M.M.P.I	Δεν εντοπίστηκαν ιδιαίτερα χαρακτηριστικά προσωπικότητας
Lefer (1966)	30 ασθενείς με Δ.Σ.Σ	ψυχανάλυση	Οι Δ.Σ.Σ ασθενείς εμφάνιζαν αίσθημα κατωτερότητας, αγχος και μαζοχιστικές τάσεις
Lupton (1966)	37 ασθενείς με Δ.Σ.Σ	M.M.P.I I.A.C, TAT.	Οι Δ.Σ.Σ ασθενείς είχαν σαδιστές και τελειοθηρικούς χαρακτήρες
Schuler (1973)	63 ασθενείς με Δ.Σ.Σ & 1 ομάδα ελέγχου	ψυχανάλυση	Δεν διαπιστώθηκε διαφορά μεταξύ των ομάδων
Greider (1983)	100 ασθενείς	έξεταση	Αγχώδεις, επιθετικοί και με τάσεις εξάρτησης.
Solberg et al (1972)	29 ασθενείς	M.M.P.I	Δεν διαπιστώθηκαν κοινά χαρακτηριστικά.
Gessel (1973)	23 ασθενείς με Δ.Σ.Σ	έξεταση	Καταθλιψη και αντικοινωνική συμπεριφορά.
Gross & Vacchiano (1973)	56 ασθενείς με Δ.Σ.Σ & 1 ομάδα ελέγχου	Catell	Συναισθηματικοί, νευρωτικοί, φαντασιοπληκτοί & αγχώδεις.
Molin et al (1973)	27 ασθενείς με Δ.Σ.Σ & 1 ομάδα ελέγχου	Eysenck Catell	Νευρικοί, αγχώδεις και συναισθηματικά ασταθείς.
Shipman (1973)	176 ασθενείς	M.M.P.I	Υστερικοί, καταθλιπτικοί.
Schwartz (1974)	42 ασθενείς	M.M.P.I	Υστερικοί, υποχονδρικοί.

Οι προσπάθειες που έχουν γίνει μέχρι σήμερα με σκοπό τον προσδιορισμό ενός κοινού χαρακτηριστικού στους ασθενείς με Δ.Σ.Σ., δεν έχουν καρποφορήσει, ακόμα και όταν χρησιμοποιήθηκαν κοινά τεστ, όπως το M.M.P.I (Kydd 1959, Mc Call και συν 1961, Lupton 1969, Solberg και συν 1972, Schwartz 1974, Moss και Adams 1984). Ο Lupton (1969) προτείνει ότι θα ήταν προτιμότερο να μελετώνται τα χαρακτηριστικά με βάση την ανεκτικότητα του ατόμου στον πόνο. (Πίνακας 5).

Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε ότι:

- 1) Οι ασθενείς με Δ.Σ.Σ. δεν αντιπροσωπεύουν μια ομάδα με κοινά χαρακτηριστικά προσωπικότητας.
- 2) Θα πρέπει να διερευνηθεί περισσότερο και να αποδειχθεί κατά ποσο τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας είναι και αιτιολογικοί παράγοντες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΔΣΣ LUPTON 1969

<u>Αριθμός ασθενών</u>	<u>Επίπεδα ανεκτικότητας του πόνου</u>	<u>Χαρακτηριστικά</u>
		<u>Ευαίσθητοι</u>
20	Χαμηλό	α Οι περισσότεροι ήταν προθυμοί να παραδεχθούν την επήρεια συναισθηματικού στρες. β Επέδεικνυαν αντίληψη. γ Αντιδράσεις ελέγχου.
		<u>Μετριοπαθείς</u>
25	Μεσαίο	Προθυμοί να υιοθετήσουν τον ρόλο του ασθενούς
		<u>Στωικοί</u>
29	Υψηλό	Περισσότερο αμυνόμενοι σε συναισθηματικά προβλήματα

γ) Η θεωρία της αντιληψης

Ο Lupton (1969) ισχυρίζεται ότι η δυσκαμψία της αντιληψης συμβάλλει στη δημιουργία ενός σταθερού επιπέδου γενικευμένου στρες το οποίο μπορεί να εστιασθεί σε διάφορα συστήματα οργάνων. Ως αποδεικτικό στοιχείο της υποθέσης του χρησιμοποιεί τα αποτελέσματά του ερωτηματολογίου M.M.P.I σε ασθενείς με Δ.Σ.Σ. τα οποία κατέδειξαν ότι οι ασθενείς αυτοί είναι τελειοθηρικοί χαρακτήρες.

δ) Η θεωρία της συμπεριφοράς

Είναι παραπλήσια με εκείνη των χαρακτηριστικών προσωπικότητας με τη διαφορά ότι θεωρεί τις ψυχοσωματικές διαταραχές σαν αποτέλεσμα μιας ιδιαίτερης ατομικής στάσης και συμπεριφοράς και όχι ιδιαίτερων χαρακτηριστικών προσωπικότητας (Rugh και Solberg 1979).

ε) Η θεωρία της μάθησης

Κυρίως χρησιμοποιείται για την κατανόηση πολλών παραλειτουργικών εξων όπως βρυγμός, δαγκώμα νυχτιών και γλώσσης κ.λ.π. (Rugh και Solberg 1979).

στ) Η θεωρία των συναισθηματικών καταστάσεων και ψυχολογικών διαταραχών

Τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας ενός ατόμου, ο τρόπος αντιληψης, η στάση του και η συμπεριφορά του απέναντι στις καθημερινές συνθήκες της ζωής, είναι στοιχεία που τις περισσότερες φορές επηρεάζονται άμεσα από συναισθηματικές και ψυχολογικές καταστάσεις (όπως αγχος, φόβος, θυμός, κ.λ.π.). Τα τελευταία χρόνια γίνεται μια συστηματική προσπάθεια να διερευνηθεί, το αν και κατά ποσο τετοιου ειδους συναισθηματικές και ψυχολογικές καταστάσεις ευθυνονται για την Δ.Σ.Σ. Η Moulton (1955) αναφέρει ότι οι μισοί από τους 35 ασθενείς που εξήτασε υπεφεραν από αγχος. Επίσης σε αρκετές έρευνες έχει διαπιστωθεί ότι ασθενείς με Δ.Σ.Σ. συγκρινόμενοι με υγείς, διακατεχονται από περισσότερο αγχος (Kydd 1959, Mc Call και συν 1961, Solberg και συν 1972, Gross και Vacchiano 1973, Molin και συν 1973, Geissler 1985). Ο όρος αγχος αναφέρεται κυρίως σε εσωτερικές καταστάσεις και υποδηλώνει ψυχολογική διαταραχή. Ο όρος στρες αναφέρεται σε εξωτερικές καθημερινές καταστάσεις που συνηθώς αντιμετωπίζει το άτομο ενώ με τον όρο ένταση αναφερομαστε σε μια καθαρά φυσική κατάσταση. Η βελτίωση μιας από τις

καταστάσεις αυτές βελτιώνει άμεσα και τις άλλες. Οι Marbach και Lipton (1978) διατυπώνουν την άποψη ότι πιθανώς τα αυξημένα επίπεδα άγχους που παρουσιάζονται στους άσθενείς με Δ.Σ.Σ. να είναι αποτέλεσμα της άσθενειας παρά αιτιολογικός της παράγοντας.

Πώς όμως το στρες ή άλλες ψυχολογικές καταστάσεις (άγχος, καταθλιψη) μπορούν να προκαλέσουν δυσλειτουργία; Σε απάντηση αυτού του ερωτήματος διατυπώνονται τρεις υποθέσεις:

1. Οι ψυχολογικές αυτές καταστάσεις προκαλούν μυική υπερλειτουργία
2. Η μυική υπερλειτουργία συνήθως καταλήγει σε πόνο και Δ.Σ.Σ.
3. Οι άσθενείς με Δ.Σ.Σ. ανταποκρίνονται διαφορετικά σε καταστάσεις στρες.

Σχετικά με την 1η υποθεση έχουν γίνει αρκετές πειραματικές έρευνες που αποδεικνύουν ότι οι διάφορες συναισθηματικές και ψυχολογικές καταστάσεις αυξάνουν την μυική δραστηριότητα (Perry και συν 1960, Yemm 1969 a&b, Yemm 1971, Dordick και Gallon 1978). Ο Cameron (1944) ισχυρίζεται ότι οι άσθενείς με άγχος συνήθως εμφανίζουν (α) μυική υπερλειτουργία (β) διαταραχές του αυτόνομου νευρικού συστήματος (γ) μυική υπερλειτουργία και διαταραχές του αυτόνομου νευρικού συστήματος.

Όσον άφορα την 2η υποθεση ο Veestergaard Cristensen (1971, 1979, 1980, 1981) απέδειξε πειραματικά ότι η συνεχής μυική υπερλειτουργία επιφέρει πόνο και Δ.Σ.Σ.

Αναφορικά δε με την 3η υποθεση ότι οι άσθενείς με Δ.Σ.Σ. μπορεί να ανταποκρίνονται σε καταστάσεις στρες διαφορετικά από ότι υγείς, τα τελευταία χρόνια γίνεται μία σημαντική προσπάθεια για να δοθούν απαντήσεις στο ερώτημα αυτό. Οι Rugh και Solberg (1974) τοποθέτησαν φορητό ηλεκτρομυόγραφο σε άσθενείς με Δ.Σ.Σ. και κάθε φορά που παρουσίαζαν μυική υπερλειτουργία γινόνταν καταγραφή των δυναμικών. Οι άσθενείς φέρουσαν τον ηλεκτρομυόγραφο καθημερινά και για διάστημα 4-7 ημερών. Κατά την διάρκεια της έρευνας διαπιστώθηκε ότι κάτω υπό την επήρεια έντονων συναισθηματικών καταστάσεων, καταστάσεις στρες, οι άσθενείς εσφιγγαν και ετρίζαν τα δόντια τους σαφώς πιο συχνά. Σε πιο πρόσφατη έρευνα τους (Rugh και Solberg 1975) τοποθετώντας ένα νέο μοντέλο ηλεκτρομυογράφου κατέγραψαν ετεροπλευρά τη μυική δραστηριότητα άσθενών με βρυγμο κατά τη διάρκεια του ύπνου και για διάστημα 1-3 μηνών. Οι διάφορες δυσάρεστες καταστάσεις που τυχόν αντιμετώπιζαν οι άσθενείς κατά τη διάρκεια τη ημέρας επιδεινώναν το βρυγμο ενώ αντίθετα ευχάριστες καταστάσεις όπως η παρακολούθηση ενός

φιλμ προκαλούσαν μείωση της μυικής δραστηριότητας. Οι Finlayson και συν (1982) μελέτησαν τη μυική δραστηριότητα ασθενών και υγιών στη διάρκεια ολοκλήρου του 24ωρου και διαπίστωσαν ότι τα δυναμικά των 7 από τους 8 ασθενείς ήταν αυξημένα συγκρινόμενα με τα δυναμικά των υγιών ατόμων. Επίσης άλλοι ερευνητές χρησιμοποιώντας ειδικά τεστ στρες (Social Readjustment- Rating -Scale, SRRS) διαπίστωσαν ότι οι ασθενείς με Δ.Σ.Σ. είναι πιο ευάλωτοι σε καταστάσεις στρες και εμφανίζουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες τιμές συγκριτικά με τους υγιείς (Stein και συν 1982, Fearon και Serwatka 1983).

Συμπερασματικά μπορούμε να καταληξουμε στα εξής:

1. Οι συναισθηματικές και ψυχολογικές καταστάσεις διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην εμφάνιση της Δ.Σ.Σ.
2. Οι ασθενείς με Δ.Σ.Σ. δεν παρουσιάζουν κοινό χαρακτηριστικό προσωπικότητας
3. Δεν έχει ακόμα αποδειχθεί αν η παθηση αυτή κάθε αυτή προκαλεί ψυχολογικές διαταραχές ή απλώς είναι το αποτέλεσμα τους.

Γ. Ψυχολογικός παραγοντας – Ψυχικές παθήσεις

Α. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ & ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΓΝΑΘΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Συνοψίζοντας οσα ελεχθησαν μεχρι τωρα διαπιστωνουμε οτι το επικεντρο της διαμαχης των διαφορων θεωριων εντοπιζεται στο γενεσιουργο πρωταρχικο αιτιο της δυσλειτουργιας του στοματογναθικου συστηματος. Ετσι ορισμενες υποστηριζουν τον τοπικο παραγοντα (συγκλειση), ενω αλλες δεχονται τον κεντρικο (ψυχολογικο). Οι ερευνες που εχουν γινει μεχρι σημερα για τη μελετη της επιδρασης και συμμετοχης του ψυχολογικου παραγοντα στην αιτιολογια της Δ.Σ.Σ. απαντουν στα εξης ερωτηματα:

1. Τι ειδους σχεση υπαρχει μεταξυ Δ.Σ.Σ. και ψυχολογικων παραγοντων
2. Τι ρολο διαδραματιζουν οι ψυχολογικοι παραγοντες στη συνεχιση των συμπτωματος

Σχετικα με το 1ο ερωτημα οι ερευνες εχουν προσανατολισθει σε δυο επιπεδα:

- α) Στη μελετη των χαρακτηριστικων της προσωπικοτητας των ασθενων,
- β) Στην αναλυση και μελετη των ψυχολογικων καταστασεων υπο την επηρεια των οποιων ευρισκονται οι ασθενεις αυτοι.

Οπως αναφερεται εκτενωσ στο Κεφαλαιο Β, δεν εχει μεχρι σημερα κατορθωθει η απομονωση καποιου κοινου χαρακτηριστικου της προσωπικοτητας για τους ασθενεις με Δ.Σ.Σ. Οι ασθενεις αυτοι, με βαση τα χαρακτηριστικα της προσωπικοτητας που εχουν προσδιορισθει, κατατασσονται κυριως σε τρεις κατηγοριες: φυσιολογικοι-υπερφυσιολογικοι-ψυχονευρωτικοι (Rugh 1982, Greene και συν 1982, Warman και συν 1983, Speculand και Gross 1985). Ενδιαφερον παρασουσιαζει το γεγονος οτι, οι ασθενεις με Δ.Σ.Σ. παρουσιαζουν τα ιδια χαρακτηριστικα προσωπικοτητας (τεστ M.M.P.I.) με αλλους ασθενεις που πασχουν απο κολιτιδα, ελκος στομαχου, πονους στη πλατη και υπερταση (Schwartz και συν 1979).

Οι ερευνες που εχουν γινει για τη διερευνηση της σχεσης των διαφορων ψυχολογικων καταστασεων, οπως το αγχος, καταθλιψη, και της Δ.Σ.Σ. δεν αποδεικνυουν σαφως αν αυτες ειναι τα αιτια της Δ.Σ.Σ. η το αποτελεσμα αυτης. Οι Solberg και συν (1972) συγκρινοντας (29) ασθενεις και (29) υγεις, της ιδιας ηλικιας και της ιδιας συγκλεισιακης καταστασης, χρησιμοποιοώντας κοινο τεστ (M.M.P.I.), διαπιστωσαν οτι οι ασθενεις ηταν

περισσότερο αγχώδεις από ότι οι μαρτυρές, χωρίς όμως να εμφανίζουν κάποια ιδιαίτερη ψυχική παθηση.

Ο Gale (1978) μελετώντας δύο ομάδες ασθενών (η πρώτη αποτελείτο από 44 ασθενείς με προσωπαλγία λόγω Δ.Σ.Σ. ενώ η δεύτερη από 10 ασθενείς με ατυπή προσωπαλγία) αναφέρει ότι και οι δύο ομάδες εμφανίζουν περίπου τα ίδια "σκορ" αγχούς σύμφωνα με την κλίμακα TMAS (Taylor Manifest Anxiety Scale). Όσοι δε από τους ασθενείς με Δ.Σ.Σ. υπεβλήθησαν σε θεραπεία με επιτυχή αποτελέσματα, εμφανίζουν χαμηλότερες τιμές αγχούς από ότι πριν τη θεραπεία. Αυτή η ένδειξη κατά τον Gale (1978) συνηγορεί με την υπόθεση ότι το αγχος είναι αποτέλεσμα της παθησης και όχι η αιτία της. Οι Malow και συν (1980) χρησιμοποιώντας διαφορετικό τεστ αγχούς (STAI-Spielberg State -Trait Anxiety Inventory), βρήκαν υψηλότερα σκορ αγχούς σε ασθενείς με Δ.Σ.Σ., αλλά η διαφορά δεν ήταν στατιστικά σημαντική. Στο ίδιο συμπέρασμα καταλήγουν και οι Moss και Adams (1984) με το ίδιο τεστ (STAI). Οι ερευνητές αυτοί προσπαθούν να συσχετίσουν επιμέρους συμπτώματα ΔΣΣ με το αγχος ή την καταθλιψη, αλλά δεν βρίσκουν διαφορετικά επίπεδα αγχούς ή καταθλιψης μεταξύ ασθενών με σοβαρή δυσλειτουργία (ήχοι και πόνος στο πρόσωπο) και ασθενών με ήπιας μορφής ΔΣΣ (ήχοι).

Το 1980(a,b) οι Heloe και συν μελετούν 113 άτομα με Δ.Σ.Σ. και 46 οδοντιατρικούς ασθενείς, της ίδιας κοινωνικοοικονομικής καταστάσης και της ίδιας περίπου ηλικίας. Οι ασθενείς και οι μαρτυρές εξετασθήκαν από ειδικευμένο οδοντίατρο από πλευράς στοματογναθικού συστήματος, ενώ από ψυχιατρικής απόψεως από ειδικευμένο ψυχίατρο. Ο αναμνηστικός και κλινικός δείκτης δυσλειτουργίας κατά Helkimo (1974), των ασθενών βρέθηκε με στατιστικά σημαντική επιβαρυνση. Δεν διαπιστώθηκε το ίδιο όμως και για τον συγκλεισιακό δείκτη. Και οι δύο ομάδες παρουσίαζαν υψηλές τιμές αγχούς (τεστ MMPI), ενώ δεν εμφανίζαν ιδιαίτερες ψυχικές παθήσεις.

Πολλοί ερευνητές ενοχοποιούν άλλες ψυχολογικές καταστάσεις, όπως η καταθλιψη, σαν αιτία της Δ.Σ.Σ., στηριζόμενοι κυρίως σε ορισμένα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά συμπτώματα που περιγράφουν οι ασθενείς, όπως δυσκολία στη μάσηση, αδυναμία συγκέντρωσης, απώλεια βάρους και δυσκολίες στον ύπνο (Fine 1971). Ο Fine (1971) σε μελέτη 50 ασθενών με Δ.Σ.Σ. διαπίστωσε ψυχικές παθήσεις (καταθλιψη), σε ποσοστό 76% ενώ στην ομάδα ελέγχου το ίδιο ποσοστό δεν υπερέβαινε το 20%. Οι Olsson και Schwartz (1977) συγκρίνοντας ασθενείς με Δ.Σ.Σ. και υγείς, ίδιου φύλου

(γυναίκες), δεν διαπιστώσαν διαφορετική συχνότητα καταθλιψης. Στο ίδιο συμπέρασμα καταλήγουν και οι Moss και Adams (1984) (τεστ MMPI).

Υπάρχουν όμως ερευνητές που αντιμετωπίζουν συνολικά την Δ.Σ.Σ. σαν ψυχοσωματική διαταραχή (Moulton 1955, Lefer 1971, Revinghton και συν 1985). Οι Kaban και Berfer (1981) εξετάζοντας 400 ασθενείς με Δ.Σ.Σ. από ψυχιατρική άποψη, ανακοίνωσαν ότι τα συμπτώματα 25 ασθενών μπορούσαν να χαρακτηρισθούν σαν πρωταρχικές εκδηλώσεις διαφόρων μορφών ψυχασθενείας. Συγκεκριμένα 18 χαρακτηρίστηκαν μανιοκαταθλιπτικοί, 5 υστερικοί και 2 σχιζοφρενείς.

Ενδιαφέρον επίσης παρουσιάζει η καταταξή της προσωπαλγίας και του πονοκεφάλου με βάσει τα κριτήρια DSM III-R της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας και τα κριτήρια της Παγκόσμιας Εταιρείας Μελέτης του Πόνου (IASP), (Πίνακας 6, σελ 38). Όπως διαπιστώνουμε από τον Πίνακα 6, η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία και η IASP θεωρούν την Δ.Σ.Σ. και τον πονοκέφαλο σαν ψυχοσωματικές διαταραχές.

Υπάρχουν δύο τρόποι με τους οποίους οι ψυχολογικοί παράγοντες μπορεί να συμβάλλουν στην συνεχιση των συμπτωμάτων της ΔΣΣ. Ο πρώτος έχει σχέση με τον τρόπο που ενημερώθηκε ο ασθενής σχετικά με την παθηση του και με το ποιες υποσχέσεις εδόθησαν για την επιτυχία της θεραπείας, ενώ ο δεύτερος έχει άμεση σχέση με το είδος και το αποτέλεσμα της θεραπευτικής αγωγής (Greene και συν 1982). Μία έρευνα σε ιατρούς και οδοντίατρους έδειξε ότι μεταξύ αυτών επικρατούν διαφορετικές αντιλήψεις και γνώμες και ότι επίσης στους ασθενείς με ΔΣΣ επικρατεί σύγχυση σχετικά με το που πρέπει να απευθυνθούν και τις περισσότερες φορές συμβουλευονται διαφόρων ειδικοτήτων ιατρούς (Greene 1973). Οι συνηθείς παραδοσιακές μέθοδοι αντιμετώπισης των ασθενών αυτών είναι η εφαρμογή πιο επιθετικών μορφών θεραπείας (χειρουργική, ενδορθρικές ενέσεις φαρμάκων) ή η αποπομπή των ασθενών αυτών σαν κατά φαντασία ασθενείς. Από αυτό το σημείο και πέρα μερικοί επιπροσθετοί ψυχολογικοί παράγοντες αρχίζουν να εμπλέκονται όπως φόβος, θυμός, άγχος και ένταση με αποτέλεσμα οι ασθενείς αυτοί να υιοθετούν γρήγορα και ευκόλα συμπεριφορά "χρονίου ασθενούς" (Fordyce 1976). Στις αρχές της δεκαετίας του 70 αρχίζει να αναγνωρίζεται η αναγκαιότητα πλέον προωθημένων και διαφορετικών μέσων θεραπείας κυρία ψυχολογικών όπως placebo, ψυχανάλυση, υπνώση, με εξίσου καλά αποτελέσματα συγκρινόμενα με των παλαιότερων κλασσικών μεθόδων (Greene και Laskin 1971, Popp 1974, Gessel 1975, Greene και συν 1982).

ΠΙΝΑΚΑΣ 6: ΠΟΝΟΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ ΣΤΟ ΚΡΑΝΙΟ & ΠΡΟΣΩΠΟ
(DSM III & IASP) (Dworkin και Burgess 1987).

Μυοπροσωπικός Πονοκεφαλος πονος	Στοματοπροσωπικός ψευδαισθήσεων	Ατυπος οδονταλγια	Καυσαλγια στοματος	Ατυπος προσωπαλγια
------------------------------------	------------------------------------	----------------------	-----------------------	-----------------------

Γνωστοι παθοφυσιολογικοι μηχανισμοι

Υπερλειτουργια μυικη	Υπερλειτουργια μυικη	Αγνωστος	Αγνωστος	Αγνωστος
-------------------------	-------------------------	----------	----------	----------

Γνωστοι ψυχολογικοι παραγοντες

Στρες	Στρες	Διαταραχη σκεψης	Στρες, αγχος, καταθλιψη, υστερικη .: αντιδραση
Αγχος	Αγχος	Ψυχωση	
Καταθλιψη	Καταθλιψη		Απουσια αλλων ψυχικων διαταραχων

DSM III Κριτηρια

Ψυχοσωματικη	Ψυχοσωματικη	Σχιζοφρενεια	Ψυχοσωματικες
--------------	--------------	--------------	---------------

IASP Κριτηρια

Ψυχολογικης αιτιολογιας	Ψυχολογικης αιτιολογιας	Ψυχολογικης αιτιολογιας	Ψυχολογικης αιτιολογιας
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

B: ΨΥΧΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Αν και όπως δείχνει η ανωτέρω ανάλυση υπάρχουν πολλά στοιχεία σχετικά με τη συχνότητα των ψυχολογικών παθήσεων σε ασθενείς με δυσλειτουργία του στοματογναθικού συστήματος, το θέμα δεν έχει μελετηθεί αντιστρόφα. Δεν υπάρχουν δηλαδή πληροφορίες σχετικά με τη συχνότητα Δ.Σ.Σ. σε ασθενείς με ψυχικές παθήσεις. Αναλογη εργασία παρουσιάζει επομένως ενδιαφέρον διότι επιτρέπει την εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με τον ψυχολογικό παραγοντα σαν αιτία δυσλειτουργίας του στοματογναθικού συστήματος. Κρινουμε λοιπον απαραίτητο στο σημείο αυτό να παραθεσουμε μια συνοπτική αναφορά γύρω από τις ψυχικές παθήσεις η οποία θα βοηθήσει στη καλύτερη κατανόηση του σκοπού και των στόχων της παρουσίας έρευνας. Οι ψυχικές παθήσεις που μελετήθηκαν με βάσει τα κριτήρια DSM III της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (Amer, Psych, Assos, Diagnostic and Statistical Manual 1980) είναι οι εξής:

- A. Σχιζοφρενικές διαταραχές, (μονο ο Υπολλειμματικός τυπος).
- B. Παρανοϊκές διαταραχές, (μονο η Παρανοϊα).
- Γ. Οργανικό ψυχοσύνδρομο.
- Δ. Συναισθηματικές διαταραχές, (μονο η κυκλοθυμική και δυσθυμική διαταραχή).
- Ε. Αγχώδεις διαταραχές, (μονο η γενικευμένη αγχώδης και η ψυχαναγκαστική κατάσταση)
- ΣΤ. Διαταραχές προσαρμοστικότητας.

A. Σχιζοφρενικές διαταραχές

Ο ορος σχιζοφρενικές διαταραχές η σχιζοφρενεία αντικατέστησε τον ορο " πρωιμη ανοϊα ". Από τις αρχές του αιώνα μας και μέχρι σήμερα δεν υπάρχουν αντικειμενικά διαγνωστικά κριτήρια και παθογνωμονικές εξετάσεις η συγκεκριμένοι αιτιολογικοί παραγοντες. Η σχιζοφρενεία ορίζεται ως μια διαταραχή της σκέψης που χαρακτηρίζεται από ελλείψη λογικής, ασυνάρτητες σκέψεις, παραισθήσεις και ψευδαισθήσεις. Το ποσοστό σχιζοφρενείας στο γενικό πληθυσμό είναι 1% υπολογίζεται δε ότι στον κόσμο υπάρχουν περισσότερο από 10.000.000 σχιζοφρενείς. Προσβάλλει ηλικίες από 15 έως 45 ετών και εμφανίζεται με την ίδια συχνότητα σε γυναίκες και άνδρες (Hackett και Hackett 1985).

Τυποι: Αποδιοργανωμένος, Κατατονικός, Παρανοϊκός, Αδιαφοροποιητός, και Υπολλειμματικός.

Υπολλειμματικός τύπος σχιζοφρενείας: Επεται συνηθώς ενός οξέος επεισοδίου και η κλινική εικόνα είναι χωρίς εξεχόντα ψυχωσικά φαινόμενα αν και διατηρούνται σημεία της ασθένειας, όπως εκκεντρική συμπεριφορά, ασυναρτητές σκεψεις και αντικοινωνική συμπεριφορά.

Διαγνωστικά κριτήρια:

- α) Ιστορικό τουλάχιστον ενός προηγούμενου οξέος σχιζοφρενικού επεισοδίου
- β) Κλινική εικόνα χωρίς προεξέχοντα ψυχωσικά φαινόμενα τα οποία απαιτούν άμεση κλινική φροντίδα συνηθώς εισαγωγή σε κλινική
- γ) Παρόντα κλινικά σημεία: εκκεντρική συμπεριφορά, μη λογικές σκεψεις, αδυναμία συνειρμών και αντικοινωνική συμπεριφορά.

(Amer, Psych, Assos, Diagnostic and Statistical Manual 1980).

B. Παρανοϊκές διαταραχές

Τα κύρια χαρακτηριστικά των διαταραχών αυτών είναι επιμονές ιδέες καταδίωξης, ζήλειας που δεν οδηγούν σε σχιζοφρενία ή σε διαταραχή συναισθηματος.

Τύποι: Παρανοία, Οξεία παρανοειδής διαταραχή και Ατυπή παρανοειδής διαταραχή.

Παρανοία: Συνηθώς προσβάλλει μεσης ηλικίας άτομα, είναι χρόνιας μορφής με εξάρσεις και υφέσεις και ο ασθενής εμφανίζει σοβαρά προβλήματα επικοινωνίας με το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον. Εκλυτικοί παράγοντες είναι συνηθώς η μετανάστευση, η κωφωση και άλλες παρομοίες καταστάσεις.

Διαγνωστικά κριτήρια:

- α) Παραληρημα, διάρκειας 6 μηνών τουλάχιστον.
- β) Συναισθημα και συμπεριφορά χαρακτηριζόμενα από παραληρημα.
- γ) Κανένα από το (α) διαγνωστικό κριτήριο της σχιζοφρενείας.

(Amer, Psych, Assos, Diagnostic and Statistical Manual 1980).

Γ. Οργανικό ψυχοσύνδρομο

Τα κύρια χαρακτηριστικά του συνδρόμου αυτού είναι ψυχολογικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς συσχετιζόμενες με παροδική ή μόνιμη εγκεφαλική δυσλειτουργία.

Διαγνωστικά κριτήρια:

- α) Παρουσία ενός από τα οργανικά εγκεφαλικά σύνδρομα, οργανικό συναισθηματικό σύνδρομο, τοξίκωση κ.α.

β) Η διαπίστωση με τη βοήθεια του ιστορικού, της κλινικής εξέτασης και των εργαστηριακών τεστ, ενός οργανικού παραγοντα που να ευθύνεται για την ψυχική διαταραχή.

(Amer, Psych, Assos, Diagnostic and Statistical Manual 1980).

Δ. Διαταραχές συναισθηματος.

Τα κυρία χαρακτηριστικά των καταστάσεων αυτών είναι διαταραχή στη διάθεση και το συναισθημα που συνηθώς συνοδεύεται από επεισοδια μανιακής συνδρομής ή καταθλιψής και που δεν συνεπάγεται άλλου είδους φυσική ή ψυχική διαταραχή.

Τυποι: Μείζων συναισθηματική διαταραχή, Ειδικές συναισθηματικές διαταραχές (κυκλοθυμική και δυσθυμική) και Ατυπος συναισθηματική διαταραχή.

Κυκλοθυμική διαταραχή: Χρόνια διαταραχή συναισθηματος, διάρκειας τουλάχιστον δύο ετών, που περιλαμβάνει περιόδους καταθλιψής και μανίας, αλλά όχι τέτοιας σοβαρότητας ώστε να μπορεί να καταταχθεί στις μείζονες συναισθηματικές διαταραχές.

Διαγνωστικά κριτήρια:

- α) Σε διάρκεια δύο χρόνων να υπάρχουν επεισοδια καταθλιψής ή μανίας.
- β) Οι περίοδοι καταθλιπτικών και μανιακών επεισοδίων, πρέπει να διαχωρίζονται από μια χρονική περίοδο φυσιολογικής συμπεριφοράς.
- γ) Στις περιόδους που επικρατούν τα επεισοδια καταθλιψής πρέπει να υπάρχουν μερικά από τα παρακάτω συμπτώματα.

1. Αϋπνία- υπνηλία
2. Κοπωση
3. Συναισθημα ανικανότητας
4. Αδυναμία συγκέντρωσης
5. Ελλειψη ενδιαφέροντος, αδιαφορία στη διασκέδαση ή στο σεξ
6. Ενοχές
7. Πessimιστική συμπεριφορά

Στις περιόδους των επεισοδίων μανίας πρέπει να υπάρχουν τρία από τα παρακάτω συμπτώματα:

1. Αϋπνία
2. Υπερενεργητικότητα
3. Υπερσεξουαλικότητα
4. Συμμετοχή σε απολαύσεις με ελλειψη αυτογνωσίας και μετρου
5. Φλυαρία
6. Απουσία ψευδαισθήσεων ή παραισθήσεων

Δυσθυμική διαταραχή ή καταθλιπτική νευρώση: Χαρακτηρίζεται κυρίως από περιόδους καταθλιψής και απώλειας ενδιαφέροντος και ευχαρίστησης.

Διαγνωστικά κριτήρια:

- α) Σε διάρκεια δύο ετών ο ασθενής πρέπει να έχει εκδηλώσει συμπτώματα καταθλιπτικής συνδρομής αλλά όχι μεγάλης βαρύτητας και διάρκειας.
- β) Τα καταθλιπτικά επεισόδια πρέπει να διαχωρίζονται από περιόδους φυσιολογικής διάθεσης που να διαρκούν λίγες ημέρες ή και εβδομάδες.
- γ) Κατά την διάρκεια της καταθλιπτικής συνδρομής κυριαρχούν συνήθως η κακή διάθεση, μελαγχολία, ελλειψη ενδιαφέροντος για μικρές καθημερινές απολαύσεις και επικρατούν τα εξής συμπτώματα:

1. Αϋπνία-υπνηλία
2. Συναισθημα ανικανότητας
3. Κλάματα
4. Τάσεις αυτοκτονίας
5. Εκρηξεις θυμού
6. Φλυαρία
7. Πεκσιμιστική συμπεριφορά

(Amer, Psych, Assos, Diagnostic and Statistical Manual 1980)

Ε. Αγχώδεις διαταραχές

Σε αυτή την ομάδα διαταραχών το άγχος είναι μια από τις πρωταρχικές εκδηλώσεις. Το 2-4% του γενικού πληθυσμού μπορεί να παρουσιάσει σε κάποια περίοδο της ζωής του μια αγχώδη διαταραχή.

Τυποί: Φοβίες και Αγχώδεις νευρώσεις (Γενικευμένη αγχώδης νευρώση και Ιδεοληπτική νευρώση)

Γενικευμένη αγχώδης νευρώση ή αγχώδης νευρώση: Τα χαρακτηριστικά αυτής της διαταραχής είναι επιμονο άγχος διάρκειας μεγαλύτερη του ενός μηνός.

Διαγνωστικά κριτήρια:

α) Συναισθηματική ενταση:

1. Αδυναμία χαλάρωσης, αίσθημα κόπωσης, νευρικότητα, ευκόλος τρόμος, ανησυχία.

2. Υπερλειτουργία του Α Ν Σ: ξηροστομία, μυαλγίες, ζάλη, παραισθήσεις, συχνή διούρηση, εφιδρώσεις, ταχυκαρδία, αίσθηση ξένου σώματος στο φaryγγα, τάση για έμετο, στομαχικές διαταραχές, διάρροια.

3. Άγχος, ανησυχία, φόβος, απαισιοδοξες σκέψεις, παραισθήσεις.

β) Το άγχος πρέπει να διαρκεί το ελάχιστο ένα μήνα.

γ) Να μην οδηγεί σε άλλη μορφή ψυχικής διαταραχής, όπως καταθλιπτική συνδρομή ή σχιζοφρένεια.

δ) Ηλικία το ελάχιστο 18.

Ιδεοληπτική νευρώση ή ψυχαναγκαστική κατάσταση: Τα κύρια χαρακτηριστικά των διαταραχών αυτών είναι ιδεοληψίες και καταναγκασμοί. Ιδεοληψίες είναι επιμονές σκεψεις, ιδέες, φαντασιώσεις και επιθυμίες οι οποίες δεν παραγονται εκούσια αλλά εισβάλουν και χαρακτηρίζονται σαν παραλογές και απεχθείς από το ίδιο το άτομο, που συνηθώς καταβάλλει έντονη προσπάθεια για να τις αγνοήσει ή να τις καταπνίξει. Καταναγκασμός είναι η επαναληπτική και σκοπιμή συμπεριφορά που καθορίζεται από συγκεκριμένους κανόνες. Οι πιο συχνές ιδεοληψίες είναι, επιμονές σκεψεις βίας και υποχονδριασμοί, ενώ οι πιο συχνοί καταναγκασμοί είναι το συνεχές πλύσιμο των χεριών, το συνεχές μέτρημα, ο αδιακοπός έλεγχος, κ.α.

Διαγνωστικά κριτήρια:

α) Ιδεοληψίες, καταναγκασμοί

β) Αντικοινωνική συμπεριφορά

γ) Να μην οδηγούν σε σχιζοφρένεια ή σε οργανικό ψυχοσύνδρομο

(Amer, Psych, Assos, Diagnostic and Statistical Manual 1980)

ΣΤ. Διαταραχές προσαρμοστικότητας

Τα κύρια χαρακτηριστικά είναι μειωμένη αντίδραση και αντοχή σε καταστάσεις στρες (διαζύγιο, θάνατος προσφίλου προσώπου, οικονομικά προβλήματα κ.λ.π.) Μπορεί να εμφανιστούν σε οποιαδήποτε ηλικία και συνηθώς χαρακτηρίζονται από άγχος, καταθλιψη και άλλου είδους συναισθηματικές διαταραχές.

Διαγνωστικά κριτήρια:

α) Απροσαρμοστή συμπεριφορά και αντίδραση απέναντι σε ένα απροσδόκητο γεγονός

β) Αδυναμία επικοινωνίας και συμμετοχής στις κοινωνικές δραστηριότητες.

(Amer, Psych, Assos, Diagnostic and Statistical Manual 1980)

Οι ψυχικές αυτές παθήσεις μπορούν να ταξινομηθούν με βάση τα παλαιότερα κριτήρια DSM II της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (Amer, Psych, Assos, Diag and Stat Manual 1980) σε δύο μεγάλες κατηγορίες: Ψύχωση και Νευρώση.

Όπως είδαμε ανωτέρω τα νέα κριτήρια DSM III δεν αποδεχονται την νευρώση σαν ιδιαίτερη κατηγορία ψυχικών διαταραχών αν και αυτό δεν έχει γίνει ακόμη πλήρως αποδεκτό από το σύνολο των ψυχιατρών (Hackett

και Hackett 1985). Ο ορος νευρωση αντικατέστησε τον παλαιότερο ορο του Freud "ψυχονευρώσεις", που τον χρησιμοποίησε για να κατατάξει τέσσερις κατηγορίες ψυχικών παθήσεων, την αγχώδη νευρωση, τις φοβίες, την ιδεοληπτική νευρωση και την υστερία. Χρησιμοποιείται δε σήμερα για να περιγράψει ένα σύνολο μη φυσιολογικών εκδηλώσεων συμπεριφοράς ενός ατόμου που δεν χαρακτηρίζονται από ψυχωσικά φαινόμενα. Οι νευρωτικοί ασθενείς έχουν επίγνωση και συνείδηση της κατάστασης τους και αυτό θεωρείται το κυριότερο χαρακτηριστικό που τους διαφοροποιεί από τους ψυχωσικούς (Sim και Cordon 1972, Hackett και Hackett 1985).

Φαρμακευτική αντιμετώπιση των ψυχικών παθήσεων και η επιπτώση της στο στοματογναθικό σύστημα

Η μακροχρόνια χορήγηση νευροληπτικών φαρμάκων (φαινοθειαζίνες, βουτυλοφαινόνες) μπορεί να προκαλέσει το γνωστό εξωπυραμιδικό σύνδρομο, που συνηθώς εκδηλώνεται με τις εξής μορφές: οψίμη δυσκίνησια (tardive dyskinesia), δυστονία (acute dystonia) και με εκδηλώσεις τύπου Παρκινσον (Zarb και Speck 1979, Laskin 1980).

Η οψίμος δυσκίνησια εκδηλώνεται με ακούσιες, ατακτές, επαναληπτικές κινήσεις των παρειών, χειλέων και γλώσσας, είναι δε χαρακτηριστικές και μπορούν να καταστέλλονται συνειδητά από τον ασθενή οιαδήποτε στιγμή η ασυνειδητά κατά την διάρκεια της μάσησης. Συνηθώς οψίμο δυσκίνησια εμφανίζει το 20% των ψυχασθενών, και κυρίως τα ηλικιωμένα άτομα. Τα συμπτώματα αυτά υποχωρούν μετά τη διακοπή της θεραπείας αλλά σπανιότατα μπορεί να παραμείνουν και μόνιμα (Teoh 1988). Η δυστονία και οι Παρκινσονικές εκδηλώσεις, είναι πρώιμες εκδηλώσεις και εμφανίζονται σε νεαρά άτομα. Η δυστονία εμφανίζεται λιγότερο συχνά και χαρακτηρίζεται από ελλειψή συγχρονισμού των κινήσεων της κάτω γνάθου, των μυών του τραχήλου και από εμφάνιση τικ..

Στις συναισθηματικές διαταραχές συνηθώς χορηγούνται αντιχολινεργικά και λιθιο με συνηθείς παρενέργειες, ξηροστομία, ταχυκαρδία, αδυναμία, τρόμο χεριών και αδυναμία λόγου. Στις αγχώδεις διαταραχές και στις διαταραχές προσαρμοστικότητας χορηγούνται αγχολυτικά και β-αναστολείς (Hackett και Hackett 1985).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Α. Σκοπος

Β. Υλικο – Μεθοδος

Γ. Στατιστικη αναλυση

Δ. Ευρηματα – Αποτελεσματα

Α. Σκοπος

Ο σκοπος της παρουσης εργασιας ειναι η διερευνηση:

- α) Της γενικης συχνοτητας της Δυσλειτουργιας του Στοματογναθικου Συστηματος σε ψυχιατρικους ασθενεις.
- β) Αν οι ασθενεις με διαγνωσμενη ψυχικη παθηση παρουσιαζουν με μεγαλυτερη συχνοτητα Δ.Σ.Σ. σε σχεση με ψυχικα υγιη ατομα και κατα ποσο η ψυχολογικη διαταραχη μπορει να απομονωθει σαν αιτιο της Δ.Σ.Σ.
- γ) Ποιες ειδικα κατηγοριες ψυχικων παθησεων διαταρασσουν αν διαταρασσουν την ευρυθμη λειτουργια του στοματογναθικου συστηματος.

B. Υλικο – Μεθοδος

A: ΕΠΙΛΟΓΗ ΥΛΙΚΟΥ

Η έρευνα διεξήχθη στα εξωτερικά ιατρεία του ΝΙΜΤΣ (Νοσηλευτικό-Ιδρυμα-Μετοχικού-Ταμείου-Στρατού). Το υλικό αποτελείτο από δύο ομάδες, ομάδα ψυχασθενών και ομάδα ελέγχου, οι οποίες υποβλήθηκαν σε πλήρη και λεπτομερή εξέταση του στοματογναθικού συστήματος από την ερευνητρια οδοντίατρο.

Η 1η ομάδα περιελάμβανε 58 ψυχασθενείς, 24 άνδρες και 34 γυναίκες, ηλικίας 30-80 ετών και της ίδιας κοινωνικοοικονομικής κατάστασης (αποστράτοι και εν ενεργεία στρατιωτικοί και τα μέλη οικογένειας των).

Τα κριτήρια επιλογής της ομάδας των ψυχασθενών ήταν τα εξής:

1. Ασθενείς με χρόνια ψυχική διαταραχή, μη νοσηλευόμενοι σε ίδρυμα αλλά υπό συνεχή ψυχιατρική παρακολούθηση.
2. Η παθήση δεν ευρίσκετο σε οξεία φάση
3. Απουσία ρευματικών διαταραχών με εκδηλά αρθρομυϊκά προβλήματα (ρευματοειδής αρθρίτις, εκφυλιστική αρθροπάθεια).
4. Απουσία παρενεργειών από τα χορηγούμενα ψυχοφάρμακα (οψίμο δυσκίνησια και δυστονία)
5. Γενικότερη κατάσταση της υγείας, ικανοποιητική.

Οι ψυχασθενείς επελέγησαν από ειδικευμένο ψυχίατρο και σύμφωνα με τα κριτήρια DSM III της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (Amer. Psych. Assos, Diagnostic and Statistical Manual 1980) και κατατάγησαν στις ακόλουθες υποομάδες:

- A. Οργανικό ψυχοσύνδρομο. Αριθμός ασθενών 4
- B. Υπολλειματικός τύπος σχιζοφρενείας. Αριθμός ασθενών 6
- Γ. Παρανοία. Αριθμός ασθενών 2
- Δ. Συναισθηματικές διαταραχές.
 - α) Κυκλοθυμική διαταραχή. Αριθμός ασθενών 4
 - β) Δυσθυμική διαταραχή. Αριθμός ασθενών 19
- E. Αγχώδεις διαταραχές
 - α) Γενικευμένη αγχώδης νευρώση. Αριθμός ασθενών 12
 - β) Ιδεοληπτική νευρώση. αριθμός ασθενών 1
- ΣΤ. Διαταραχές Προσαρμοστικότητας. Αριθμός ασθενών 10

Με βάσει τα παλαιότερα κριτήρια DSM II της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (Amer. Psych. Assos. Diag. and Statist. Manual 1980) οι ψυχασθενείς κατατάχθηκαν σε δύο μεγάλες κατηγορίες:

Ψυχωσικοί (Α+Β+Γ+Δα) και Νευρωσικοί (Δβ+Ε+ΣΤ).

Η 2η ομάδα, αποτελείτο από 24 άτομα, 13 άνδρες και 11 γυναίκες, ηλικίας 49–85 και της ίδιας κοινωνικοοικονομικής κατάστασης με τους ψυχασθενείς. Τα μέλη της ήταν καθημερινοί ασθενείς των εξωτερικών παθολογικών ιατρειών του ΝΙΜΤΣ.

Τα κριτήρια επιλογής των μαρτύρων ήταν τα εξής:

1. Απουσία ψυχικής νόσου.
2. Μη λήψη ψυχοφαρμακευτικής αγωγής (ηρεμιστικά).
3. Απουσία ρευματικών διαταραχών με εκδήλα αρθρομυϊκά προβλήματα.
4. Απουσία νευρολογικών διαταραχών.
5. Αποκλείστηκαν ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη και με κακοήθη νοσήματα.

Β: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Οι ψυχασθενείς και οι μαρτυρές υπεβλήθησαν σε λεπτομερή εξέταση του στοματογναθικού συστήματος από έναν εξεταστή, την ερευνητριά οδοντίατρο, στο οδοντιατρείο του ΝΙΜΤΣ. Πριν όμως να υποβληθούν στην εξέταση αυτή, είχε προηγηθεί λεπτομερής έλεγχος από παθολόγο και ψυχίατρο για να αποκλεισθούν οι ασθενείς που δεν εκπληρώναν τα κριτήρια επιλογής.

Η εξέταση του στοματογναθικού συστήματος περιελάμβανε:

I. Συμπλήρωση από τον ασθενή, παρουσία του εξεταστή, ενός ειδικού αναμνηστικού ερωτηματολογίου, που χρησιμοποιεί η Κλινική της Φυσιολογίας του Στοματογναθικού Συστήματος του Οδοντιατρικού Τμήματος του Πανεπιστημίου Αθηνών.

II. Κλινική εξέταση του στοματογναθικού συστήματος. Όλα τα στοιχεία που προέκυπταν καταγραφόνταν σε ειδικά έντυπα που χρησιμοποιεί η Κλινική Της Φυσιολογίας του Στοματογναθικού Συστήματος του Οδοντιατρικού Τμήματος του Πανεπιστημίου Αθηνών.

I. Το Ειδικό Αναμνηστικό Ερωτηματολόγιο, αποτελείτο από ερωτήσεις σχετικά, με το είδος, την μορφή, την εντοπισή, τον χρόνο εφόδου, την συχνότητα και την διάρκεια των ενοχλημάτων από το στοματογναθικό

σύστημα και ερωτήσεις για την κατάσταση της γενικότερης υγείας του ατόμου. (Σχεδίο 1, σελ 51,52) .

ΣΧΕΔΙΟ 1

Εδικο Αναμνηστικό Ερωτηματολόγιο

1η ομάδα ερωτήσεων:

Εχετε ενοχλήματα όπως:

Που εντοπίζεται η ενοχληση;

Δ Α

Πονο στο πρόσωπο ή στις γνάθους

Στο αυτί ή μπροστά από το αυτί _____

Πονο κατά τις κινήσεις της γνάθου

Στο μάγουλο _____

Δυσκολίες στο άνοιγμα του στόματος

Στον κροταφό _____

Δυσκολίες κατά το μασσημα

Στο μέτωπο _____

Νοιώθεται την γνάθο να αναπηδά

Επάνω στο κεφάλι _____

Clicking στην Κ.Γ.Δ.

Στο λαιμό – στον αυχένα _____

Ακουγεται τριξιμο στην Κ.Γ.Δ.

Στα δοντια – στα ουλα _____

Νοιώθεται κόπωση στη γνάθο ή στις παρειες

Στη γλώσσα _____

Πονοκεφαλο

Σε διαφορα αλλα μερη _____

Ιλιγγο

Βουισμα στα αυτια

Τι ειδους μορφης πονο εχετε συνηθως;

Δυσκολίες κατά την κατάποση

Κανενα ιδιαιτερο χαρακτηριστικο _____

Ενοχλησεις στη γλώσσα

Διαχυτος _____

Σφιγγετε τα δοντια σας

Νυσσων, διαξιφιστικος _____

Τριζετε τα δοντια σας

Περιγραφη αλλου ειδους _____

Τα δοντια σας παρουσιαζουν αποτριβες

Ποτε εμφανιστηκαν τα ενοχληματα;
ενοχλησεις;

Ποτε και ποσο συχνα εχετε αυτες τις

Λιγοτερο απο μια εβδομαδα

Ολο το 24ωρο Καθε μερα

Πριν απο 1-4 εβδομαδες

Το πρωι 1-2 φορες την εβδομαδα

Πριν απο 1-3 μηνες

Το απογευμα 1-2 φορες τον χρονο

Πριν απο 3-6 μηνες

Το βραδυ Μερικες φορες τον χρονο

Πριν απο 1/2-1 χρονο

Μεταβλητα Αλλες εκδοχες

Πριν απο 1-5 χρονια

Περισσοτερο απο 5 χρονια

Δεν θυμαμαι

ΣΧΕΔΙΟ 12η ομάδα ερωτησεων:

Πως θα περιγραφατε τη γενικη κατασταση της υγεια σας;

Καλη

Μετρια

Κακη

Δεν ξερω

Ειχατε καμμια απο τις παρακατω ασθενειες;

Αρθρομυικες

Ασθενειες απο το στομαχι (ελκος-γαστριτιδα)

Ασθενειες απο το κυκλοφορικο η ασθενειες αιματος

Ω. Ρ. Α. ασθενειες

Ασθμα

Σακχαρωδη διαβητη

Νευρολογικες ενοχλησεις

Περιγραψτε τυχον αλλες παθησεις

Ποια φαρμαρκα παιρνετε τωρα;

Ναι και για ποιο λογο;

Οχι, αλλα ποιο πριν. Για ποιο λογο;

Απο τις απαντήσεις των ερωτησεων αυτων υπολογιζετο ο Αναμνηστικός Δεικτης Δυσλειτουργίας (Αι) του Helkimo (1974 a, b). Πίνακας 7.

Πίνακας 7: ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ (Αι)

	απάντηση δεικτης
Απουσία συμπτωμάτων απο το στοματογναθικο συστημα (Αι 0)	_____
Υπαρξη ηχων απο τις Κ.Γ.Δ. (Αι I)	_____
Κοπωση η αλλες ενοχλησεις απο τις γναθους (Αι I)	_____
Δυσκολια στο ανοιγμα του στοματος (Αι II)	_____
Πονος κατα τις κινήσεις της γναθου (Αι II)	_____
Πονος γενικα στο προσωπο (Αι II)	_____
Κλειδωμα η Εξάρθρωμα (Αι II)	_____

*ΤΕΛΙΚΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ = Αι ()

* Σε περιπτωση θετικης απαντησης τοποθετειστε δεικτη τον εντος της παρενθεσεως

* Σαν τελικος αναμνηστικος δεικτης λαμβανεται παντα ο μεγαλυτερος (0, I, II)

Αναλυτικά οι τρεις Αναμνηστικοί Δείκτες Δυσλειτουργίας σημαίνουν:

Αι 0 = Απουσία συμπτωμάτων απο το στοματογναθικο συστημα

Αι I = Ηπια συμπτώματα

Αι II = Σοβαρά συμπτώματα.

II. Η Κλινική Εξέταση του Στοματογναθικού Συστηματος, έγινε σύμφωνα με την μεθοδο που εφαρμοζει η κλινική της Φυσιολογίας του Στοματογναθικού του Οδοντιατρικού Τμήματος του Πανεπιστημίου Αθηνών. Περιελάμβανε δε τα εξής:

- α) Κλινική εξέταση των Κ.Γ.Δ. και του μυϊκού συστήματος της περιοχής
- β) Έλεγχο της κινητικότητας της κατω γνάθου
- γ) Έλεγχο και ανάλυση της συγκλείσης. Αναλυτικότερα:

α) Η κλινική εξέταση των Κ.Γ.Δ. και του μυϊκού συστήματος περιελάμβανε, επισκοπήση και αμφοτεροπλευρή ψηλάφηση της περιοχής των Κ.Γ.Δ. για την διακριβώση παθογνωμονικών σημείων, όπως οιδημα, ανωμαλή κινητικότητα της κατω γνάθου και πονο. Η ενταση του πονου αξιολογείτο ως εξής:

+ = ελαφρα αντιδραση στην ψηλαφηση, συγκρινοντας δεξια – αριστερα.

++ = μετρια αντιδραση

+++ = σοβαρη αντιδραση

Ταυτοχρονα με την ψηλαφηση και με την βοηθεια στηθοσκοπιου, αξιολογουντο οι ηχοι των Κ.Γ.Δ, clicking και κριγμος. Σχεδιο 2.

ΣΧΕΔΙΟ 2

Κ.Γ.Δ.	δεξια	αριστερα
Ευαισθησια στην ψηλαφηση, πλαγια	_____	_____
Ευαισθησια στην ψηλαφηση, πισω	_____	_____
Clicking	_____	_____
Κριγμος	_____	_____
Περιορισμενες κινησεις (locking)	_____	_____
Οιδημα	_____	_____
Εξarthρημα	_____	_____

Η κλινική εξέταση του μυϊκού συστήματος πραγματοποιείται με αμφοτεροπλευρή ψηλάφηση των εξής μυων. (Σχεδιο 3, σελ 55). Η ενταση του πονου αξιολογείτο ως ανωτερω.

ΣΧΕΔΙΟ 3

ΜΥΕΣ	δεξιά	αριστερά
Κροταφίτης προσθια μοιρα	_____	_____
Κροταφίτης οπισθια μοιρα	_____	_____
Κροταφίτης καταφυση	_____	_____
Μασητήρας επιπολής	_____	_____
Μασητήρας εν τω βαθει	_____	_____
Εσω πτερυγοειδης	_____	_____
Εξω πτερυγοειδης	_____	_____
Διγαστωρ προσθια μοιρα	_____	_____
Διγαστωρ οπισθια μοιρα	_____	_____
Στερνοκλειδομαστοειδης	_____	_____
Τραπεζοειδης	_____	_____

β) Ο έλεγχος της κινητικότητας της κατω γναθου περιελαμβανε, υπολογισμο της μεγιστης κατασπασης, της μεγιστης πλαγιολισθηση δεξια-αριστερα, της μεγιστης προσθιολισθησης, της οριζοντιας και καθετης προταξης, και της αποκλισης της κατω γναθου απο τη μεση γραμμη (deviation) κατα την κατασπαση της κατω γναθου. Ολες οι μετρησεις εγιναν με τη βοηθεια υποδεκαμετρου. Επισης αξιολογηθηκε η υπαρξη η οχι πονου κατα τη διαρκεια των κινησεων της κατω γναθου. Σχεδιο 4.

ΣΧΕΔΙΟ 4

κινήσεις της κατω γναθου	αποκλιση της κατω γναθου κατα
	mm πονος την κατασπαση & ανασπαση
Μεγιστη κατασπαση	_____
Καθετη προταξη	_____
Οριζοντια προταξη	_____
Μεγιστη πλαγιολισθηση Δεξια	_____
Μεγιστη πλαγιολισθηση Αριστ	_____
Μεγιστη προσθιολισθηση	_____

Σαν τιμή μεγίστης κατασπασής, ορίζεται η απόσταση των κοπτικών χείλεων των τομέων της κάτω γνάθου από τα κοπτικά χείλη των τομέων της ανώ γνάθου συν την τιμή της κάθετης προτάξης (mm). Η μεγίστη πλαγιολίσθηση δεξιά ή αριστερά μετρήθηκε ως εξής:

Σημειώνεται επί των χείλικων επιφανειών των τομέων της κάτω γνάθου προεκτάση της μεσης γραμμής των τομέων της ανώ γνάθου με ειδικό μολύβι, και μετρείται η μετατοπίση της γραμμής αυτής προς τα δεξιά ή αριστερά κατά τη θέση μεγίστης πλαγιολίσθησης της κάτω γνάθου. Σα μεγίστη προσθιολίσθηση ορίζεται η απόσταση της κοπτικής επιφάνειας των τομέων της κάτω γνάθου από την χείλικη επιφάνεια των τομέων της ανώ γνάθου συν την τιμή της οριζοντίας προτάξης. Τα ευρήματα που προέκυψαν από αυτή την κλινική εξέταση χρησιμοποιήθηκαν για τον υπολογισμό του Κλινικού Δεικτή Δυσλειτουργίας (Helkimo 1974 b). Πίνακας 8, σελ 57.

Αναλυτικά οι τέσσερις κλινικοί δείκτες δυσλειτουργίας κατά Helkimo (1974 b) σημαίνουν:

Di0= Ομαλή λειτουργία του στοματογναθικού συστήματος

DiI= Ήπια δυσλειτουργία

DiII= Μετρια δυσλειτουργία

DiIII= Σοβαρή δυσλειτουργία

Πίνακας 8: ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ (Di)

A. ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΚΙΝΗΣΗΣ ΤΗΣ ΚΑΤΩ ΓΝΑΘΟΥ

	5	1	0	
Μεγιστη κατασπαση	<30	30-40	>40	
Μεγιστη πλαγιολισθηση δεξια	<4	4 - 6	>7	
Μεγιστη πλαγιολισθηση αριστερα	<4	4 - 6	>7	
Μεγιστη προσθιολισθηση	<4	4 - 6	>7	Score:

B. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ Κ.Γ.Δ.

Φυσιολογικη	0
Παρεκτοπιση >2mm η ηχοι απο τις Κ.Γ.Δ.	1
Κλειδωμα Εξαρθρημα	5
Score:	

Γ. ΜΥΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ

Ελλειψη ευαισθησιας στη ψηλαφηση των μυων	0	
Ευαισθησια σε 1-3 μυες	1	
Ευαισθησια σε περισσοτερους απο 3 μυες	5	Score:

Δ. ΠΟΝΟΣ ΣΤΙΣ Κ.Γ.Δ.

Ελλειψη ευαισθησιας στην ψηλαφηση	0	
Ευαισθησια στην ψηλαφηση απο τα πλαγια	1	
Ευαισθησια στην ψηλαφηση πισω	5	Score:

Ε. ΠΟΝΟΣ ΚΑΤΑ ΤΙΣ ΚΙΝΗΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΑΤΩ ΓΝΑΘΟΥ

Οχι πονος κατα τις κινησεις	0
Πονος σε μια κινηση	1
Πονος σε δυο η περισσοτερες κινησεις	5
Score:	

Τελικο Score:

Score:0=Di0, 1-4=DiI, 5-9=DiII, 10-25=DiIII

Τελικος Δεικτης(Di):

* Σε καθε κατηγορια score ειναι το μεγαλυτερο σημειωθεν και τελικο score το αθροισμα των επι μερους.

- γ) Ο έλεγχος και η ανάλυση της συγκλεισης περιελαμβανε καταγραφή:
- α. Αριθμου υπαρχοντων δοντιων.
 - β. Αριθμου επαφων δοντιων στη κεντρικη συγκλειση (Κ.Σ) και αριθμου συγκλεινοντων δοντιων
 - γ. Προωρων επαφων στην Κεντρικη Σχηση (Κ.Σχ).
 - δ. Παρεμβολων κατα τις κινήσεις της κατω γναθου και του συγκλεισιακου σχηματος.
 - ε. Της αποστασης της ολισθησης της κατω γναθου απο την Κ.Σχ σε θέση Κ.Σ. Σχεδιο 5.

ΣΧΕΔΙΟ 5

ΟΔΟΝΤΙΚΗ ΣΥΓΚΛΕΙΣΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

A. ΥΠΑΡΧΟΝΤΑ ΔΟΝΤΙΑ

ΔΕΞΙΑ	<u>8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8</u>	ΑΡΙΣΤΕΡΑ
	8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8	

B. ΟΔΟΝΤΙΚΕΣ ΕΠΑΦΕΣ

Κεντρικη συγκλειση (1) <u>8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8</u> 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 Δεξια πλαγιολισθηση (3) <u>8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8</u> 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 Προσθιολισθηση (5) <u>8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8</u> 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8	Κεντρικη σχεση (2) <u>8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8</u> 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 Αριστερη πλαγιολισθηση (4) <u>8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8</u> 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 <u>Κ.Σχ- Κ.Σ Αποσταση μετατοπισης (6)</u> Οβελιαια Καθετη Πλαγια
---	--

Αναλυτικότερα ο αριθμός υπαρχόντων δοντιών καταγράφεται στην ενδειξη Α του σχεδίου 5, η ελλείψη δοντιών σημειωνόνταν με το σύμβολο Χ. Ο αριθμός των επαφών στη Κ.Σ ήταν ίσος με τον αριθμό οπών ενός φύλλου κεριού. Το κέρι ετοποθετείτο μεταξύ των δύο φραγμών του ασθενούς οι δε όπες στο κέρι δημιουργούνται όταν ο ασθενής δαγκώνει στη καθ' εξή συγκλείση. Ο αριθμός των συγκλεινόντων δοντιών ήταν διπλάσιος του αριθμού των οπών (Β1, σχέδιο 5, σελ 58).

Οι προώρες επαφές στη Κ.Σχ καταγράφονταν ενδοστοματικά με τη βοήθεια χαρτού αρθρώσεως, με κοκκίνο χρώμα, ενώ απαραίτητη προϋπόθεση ήταν τα δόντια του ασθενούς να είναι στεγνά, που επιτυγχάνονταν με τη βοήθεια βαμβάκος και αέρος. Σαν μέθοδος καταγραφής της Κ.Σχ προτιμήθηκε η παθητική μέθοδος των Helkimo και συν (1973). Στη θέση Β2 του Σχεδίου 5, εσημειωνόνταν με μπλε μαρκαδόρο το είδος των προώρων επαφών, ετεροπλευρές και αμφοτεροπλευρές.

Οι παρεμβολές κατά την προσθιολίσθηση και πλαγιολίσθησεις της κάτω γνάθου ανιχνευόνταν ως εξής: Τοποθετείτο το χαρτί αρθρώσεως μεταξύ των δοντιών (κοκκίνο χρώμα) και παραγγέλλετο στον ασθενή να ολισθήσει την κάτω γνάθο προς τα εμπρός και πλαγιά, δεξιά-αριστερά. Οι παρεμβολές και το συγκλεισιακό σχήμα (κυνοδοντική προστασία ή ομαδική συνεργεία) εσημειωνόνταν στη θέση Β 3, 4, 5 του Σχεδίου 5.

Η απόσταση της ολίσθησης της κάτω γνάθου από τη θέση της Κ.Σχ σε θέση Κ.Σ, σε τρία επίπεδα οβελιαίο (εμπρός-πίσω), μετωπιαίο (πάνω-κάτω) και οριζόντιο (δεξιά-αριστερά), υπολογιζέτο ως εξής:

Η απόσταση της οβελιαίας ολίσθησης ήταν ίση με τη διαφορά της οριζοντίας προτάξης στη Κ.Σχ μείον την οριζοντία προτάξη σε θέση Κ.Σ. Η απόσταση της καθετής ολίσθησης ήταν ίση με την διαφορά της καθετής προτάξης στη Κ.Σχ μείον τη καθετή προτάξη στη Κ.Σ. Η απόσταση της πλαγίας ολίσθησης της κάτω γνάθου από την Κ.Σχ στην Κ.Σ, δεξιά ή αριστερά, σε οριζόντιο επίπεδο υπολογιζέτο δια μέτρησής της μετατόπισης της μεσης γραμμής των κάτω τομέων από την μεση γραμμή των ανώ τομέων. Οι τιμές των αποστάσεων εσημειωνόνταν στη θέση Β 6 του Σχεδίου 5 σύμφωνα με την κλίμακα 0 = 0-1mm, 1 > 1-2mm, 2 > 2mm (Δρούκας και συν 1984). Από όλα τα ανωτέρω στοιχεία υπολογισθηκε ο Συγκλεισιακός Δείκτης του Helkimo (1974 b). Πίνακας 9, σελ 60.

Αναλυτικά οι τρεις δείκτες σημαίνουν :

Oi0 = Απουσία διαταραχών στη συγκλείση

OiI = Ελαφρά διαταραχή στη συγκλείση

OiII = Σοβαρή διαταραχή στη συγκλείση

Πολλά άτομα και των δυο ομάδων παρουσίαζαν τέτοια συγκλεισιακή κατάσταση που ήταν αδύνατο να ταξινομηθούν με τον Συγκλεισιακό Δείκτη του Helkimo. Συγκεκριμένα υπήρχαν άτομα με κακιστές οδοντοστοιχίες και με σοβαρή αποτριβή, ασθενείς νωδοί ή με εκτεταμένες ανοδοντίες χωρίς προσθετική αποκατάσταση. Έτσι κρίθηκε αναγκαίο να ταξινομηθούν τα άτομα αυτά σε ιδιαίτερες συγκλεισιακές κατηγορίες όπως:

1. Με κακή οδοντοστοιχία (ΟΔΟΝΤ)
2. Με κακή μερική οδοντοστοιχία (Μ Ο)
3. Με ολική ανοδοντία (ΝΩΔΟ)
4. Με μερική ανοδοντία (Μ Α)

Πίνακας 9: ΔΕΙΚΤΗΣ ΣΥΓΚΛΕΙΣΙΑΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΟΙ

A. ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΟΝΤΙΩΝ

28 – 32	0	
20 – 37	1	
< 20	5	Score:

B. ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΓΚΛΕΙΝΟΝΤΩΝ ΔΟΝΤΙΩΝ

24 – 32	0	
16 – 23	1	
< 15	5	Score:

Γ. ΠΡΟΩΡΕΣ ΕΠΑΦΕΣ (ΚΣΧ-ΚΣ)

α) Απουσία παρεμβολών (οχι ολισθήση)	0	
β) Μικρή ολισθήση κάτω γνάθου < 2mm, σε οβελιαίο & κάθετο επίπεδο (0η1), ενώ σε πλάγιο < 0,5mm (0)	1	
γ) Εκσεσημασμένη ολισθήση >2mm, σε οβελιαίο & κάθετο επίπεδο (2), ενώ σε πλάγιο >1mm (1η2)	5	Score:

ΠΑΡΕΜΒΟΛΕΣ ΣΤΗΝ ΠΛΑΓΙΟΛΙΣΘΗΣΗ & ΠΡΟΣΘΙΟΛΙΣΘΗΣΗ

α) Απουσία παρεμβολών	0	
β) Ελαφρές παρεμβολές: Απλή παρεμβολή στην προσθιολισθήση 3mm από τον κυνοδοντα ή επάφες στην λειτουργούσα πλευρά αμφοτεροπλευρά	1	
γ) Παρεμβολές στη μη εργαζόμενη πλευρά	5	Score:

Τελικό Score:

Score: 0 = Oi0, 1 -4 = OiI, 5 - 20 = OiII Συγκλεισιακός Δείκτης:

Γ. Στατιστική ανάλυση

Η σύγκριση των δυο ομάδων (ψυχασθενών & μαρτυρών) ως προς τους δείκτες δυσλειτουργίας κατά Helkimo (1974 c) έγινε με τη δοκιμασία χ^2 (Τριχοπουλος 1975). Στις περιπτώσεις που υπήρχε 1 βαθμός ελευθερίας χρησιμοποιήθηκε η διορθωση κατά Yates, η οποία φέρεται να έχει θεωρητικά πλεονεκτήματα (Armitage 1971).

Η σύγκριση της μέσης ηλικίας των ψυχασθενών και μαρτυρών έγινε με τη δοκιμασία t-student τεστ. Η παραμετρική αυτή δοκιμασία είναι θεωρητικά επιτρεπτή όπως διαπιστώνεται από τα χαρακτηριστικά skewness και kurtosis (σελ 80). Επειδή όμως η κατανομή ηλικίας στους μαρτυρές δεν ήταν τυπικά κανονική χρησιμοποιήθηκε, επιπλέον, και η παραμετρική δοκιμασία Mann Whitney (Swinscow 1978).

Οι συσχετίσεις ηλικίας & Α_i και ηλικίας & D_i εξετασθηκαν με την παραμετρική μέθοδο του Kendall, η οποία φαίνεται να υπερέχει θεωρητικά της παλαιότερης μεθόδου του Spearman (Kendall 1970). Η μέθοδος της λογιστικής παλινδρόμησης χρησιμοποιήθηκε για διεξοδικότερη ανάλυση των Α_i, D_i, O_i σε σχέση με την ηλικία και την ομάδα ταυτογχρόνα (Fienberg 1980).

Η μέθοδος του Kendall χρησιμοποιήθηκε για την συσχέτιση των δεικτών δυσλειτουργίας μεταξύ τους. Ειδικά για τις συγκρίσεις του O_i με τους άλλους δυο, στην ομάδα των μαρτυρών οι μικροί αριθμοί επεβάλλαν την χρήση της δοκιμασίας χ^2 .

Οι ομάδες ψυχωσικών και νευρωσικών συγκρίθηκαν μεταξύ τους με την δοκιμασία χ^2 (σε σχέση με το φύλο και με τους δείκτες) και το t-student τεστ σε σχέση με την ηλικία.

Δ. Ευρηματα – Αποτελεσματα

ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Τα ευρηματα που προεκυψαν απο την κλινικη εξεταση του στοματογναθικου συστηματος ψυχασθενων και μαρτυρων παρουσιαζονται στους Πινακες 10, 11.

Πινακας 10

ΟΜΑΔΑ – ΨΥΧΑΣΘΕΝΩΝ

Α/Α	ΦΥΛΟ	ΗΛΙΚΙΑ	Ai	Di	Oi	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ
001	ΑΝΤΡΑΣ	34	AiO	DiI	OiII	Ψ , ΠΔ(Γ)
002	ΑΝΤΡΑΣ	65	AiO	DiIII	OΔONT	Ψ , ΨΣ(B)
003	ΑΝΤΡΑΣ	63	AiO	DiIII	OΔONT	Ψ , ΠΔ(Γ)
004	ΑΝΤΡΑΣ	81	AiO	DiI	OΔONT	Ψ , ΟΨ(A)
005	ΓΥΝΑΙΚΑ	67	AiO	DiO	MO	N , ΑΔ(Eβ)
006	ΓΥΝΑΙΚΑ	50	AiI	DiI	MO	Ψ , ΣΔ(Δα)
007	ΓΥΝΑΙΚΑ	40	AiII	DiIII	OiII	Ψ , ΣΔ(Δα)
008	ΑΝΤΡΑΣ	69	AiO	DiI	OΔONT	N , ΔΠ(ΣΤ)
009	ΓΥΝΑΙΚΑ	54	AiO	DiIII	MA	N , ΔΠ(ΣΤ)
010	ΓΥΝΑΙΚΑ	62	AiII	DiIII	OiII	N , ΔΠ(ΣΤ)
011	ΑΝΤΡΑΣ	57	AiO	DiI	OiI	N , ΣΔ(Δβ)
012	ΓΥΝΑΙΚΑ	63	AiO	DiI	OiII	N , ΣΔ(Δβ)
013	ΓΥΝΑΙΚΑ	62	AiII	DiIII	OΔONT	N , ΑΔ(Eα)
014	ΓΥΝΑΙΚΑ	41	AiO	DiII	OiI	Ψ , ΨΣ(B)
015	ΓΥΝΑΙΚΑ	32	AiII	DiII	OiI	N , ΑΔ(Eα)
016	ΓΥΝΑΙΚΑ	48	AiO	DiII	OiII	N , ΣΔ(Δβ)
017	ΓΥΝΑΙΚΑ	65	AiO	DiII	MA	N , ΣΔ(Δβ)
018	ΑΝΤΡΑΣ	57	AiII	DiII	OΔONT	N , ΣΔ(Δβ)
019	ΓΥΝΑΙΚΑ	60	AiII	DiI	OΔONT	N , ΣΔ(Δβ)
020	ΓΥΝΑΙΚΑ	54	AiII	DiIII	OiI	N , ΑΔ(Eα)
021	ΓΥΝΑΙΚΑ	48	AiII	DiII	OiII	N , ΣΔ(Δβ)
022	ΑΝΤΡΑΣ	48	AiII	DiI	OiI	N , ΔΠ(ΣΤ)
023	ΑΝΤΡΑΣ	60	AiO	DiI	OΔONT	N , ΑΔ(Eα)
024	ΑΝΤΡΑΣ	75	AiO	DiO	NΩΔO	N , ΣΔ(Δβ)
025	ΑΝΤΡΑΣ	54	AiII	DiII	OΔONT	N , ΔΠ(ΣΤ)

συνεχεια

Πίνακας 10 (συνεχεια)

ΟΜΑΔΑ – ΨΥΧΑΣΘΕΝΩΝ

A/A	ΦΥΛΟ	ΗΛΙΚΙΑ	Ai	Di	Oi	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ
026	ΓΥΝΑΙΚΑ	61	AiO	DiI	MO	NAΔ(Eα)
027	ΓΥΝΑΙΚΑ	50	AiII	DiII	OiI	N , AΔ(Eα)
028	ΓΥΝΑΙΚΑ	65	AiO	DiI	OΔONT	N , AΔ(Eα)
029	ΑΝΤΡΑΣ	61	AiII	DiII	OΔONT	N , AΔ(Eα)
030	ΓΥΝΑΙΚΑ	57	AiII	DiIII	OiI	N , ΣΔ(Δβ)
031	ΑΝΤΡΑΣ	35	AiO	DiO	OiO	Ψ , ΣΔ(Δα)
032	ΑΝΤΡΑΣ	53	AiII	DiII	MA	Ψ , ΥΣ(B)
033	ΑΝΤΡΑΣ	36	AiII	DiII	OiI	Ψ , (ΥΣ(B)
034	ΑΝΤΡΑΣ	75	AiO	DiI	MO	N , ΔΠ(ΣΤ)
035	ΑΝΤΡΑΣ	53	AiO	DiI	OiI	N , ΣΔ(Δβ)
036	ΓΥΝΑΙΚΑ	63	AiII	DiII	OΔONT	N , ΔΠ(ΣΤ)
037	ΓΥΝΑΙΚΑ	76	AiO	DiII	OΔONT	N , ΣΔ(Δβ)
038	ΑΝΤΡΑΣ	70	AiO	DiI	OΔONT	Ψ , ΟΨ(A)
039	ΓΥΝΑΙΚΑ	61	AiII	DiI	MO	Ψ , ΟΨ(A)
040	ΑΝΤΡΑΣ	30	AiI	DiI	OiI	Ψ , ΥΣ(B)
041	ΓΥΝΑΙΚΑ	45	AiII	DiII	OiII	N , ΔΠ(ΣΤ)
042	ΓΥΝΑΙΚΑ	42	AiO	DiII	OiI	N , ΔΠ(ΣΤ)
043	ΓΥΝΑΙΚΑ	52	AiII	DiII	OiII	N , ΣΔ(Δβ)
044	ΑΝΤΡΑΣ	45	AiO	DiI	OiI	N , ΣΔ(Δβ)
045	ΓΥΝΑΙΚΑ	57	AiII	DiII	MO	N , ΣΔ(Δβ)
046	ΓΥΝΑΙΚΑ	51	AiI	DiI	OiI	N , ΣΔ(Δβ)
047	ΓΥΝΑΙΚΑ	50	AiO	DiI	OiII	N , AΔ(Eα)
048	ΓΥΝΑΙΚΑ	58	AiO	DiI	OΔONT	N , AΔ(Eα)
049	ΑΝΤΡΑΣ	56	AiII	DiII	MO	N , ΣΔ(Δβ)
050	ΓΥΝΑΙΚΑ	50	AiII	DiII	MA	N , AΔ(Eα)
051	ΓΥΝΑΙΚΑ	61	AiO	DiII	MO	N , ΔΠ(ΣΤ)
052	ΑΝΤΡΑΣ	72	AiO	DiI	OiII	N , ΣΔ(Δβ)
053	ΓΥΝΑΙΚΑ	69	AiII	DiII	OiII	Ψ , ΥΣ(B0
054	ΑΝΤΡΑΣ	54	AiII	DiI	OΔONT	N , AΔ(Eα)
055	ΓΥΝΑΙΚΑ	52	AiO	DiI	OΔONT	N , ΣΔ(Δβ)
056	ΓΥΝΑΙΚΑ	61	AiO	DiI	OΔON	N , ΣΔ(Δβ)
057	ΓΥΝΑΙΚΑ	47	AiI	DiII	MA	Ψ , ΣΔ(Δα)
058	ΑΝΤΡΑΣ	68	AiO	DiO	MA	Ψ , ΟΨ(A)

Πινάκας 11
ΟΜΑΔΑ – ΜΑΡΤΥΡΩΝ

A/A	ΦΥΛΟ	ΗΛΙΚΙΑ	Ai	Di	Oi
001	ΑΝΤΡΑΣ	59	AiO	DiI	ΟΔΟΝΤ
002	ΓΥΝΑΙΚΑ	78	AiII	DiI	ΟΔΟΝΤ
003	ΑΝΤΡΑΣ	57	AiO	DiI	ΟΔΟΝΤ
004	ΑΝΤΡΑΣ	81	AiO	DiI	ΟΔΟΝΤ
005	ΓΥΝΑΙΚΑ	49	AiII	DiII	OiI
006	ΓΥΝΑΙΚΑ	49	AiII	DiIII	OiII
007	ΑΝΤΡΑΣ	73	AiO	DiI	OiII
008	ΑΝΤΡΑΣ	87	AiO	DiI	ΟΔΟΝΤ
009	ΓΥΝΑΙΚΑ	54	AiII	DiII	ΜΟ
010	ΓΥΝΑΙΚΑ	69	AiII	DiII	OiII
011	ΓΥΝΑΙΚΑ	58	AiO	DiI	OiII
012	ΓΥΝΑΙΚΑ	63	AiO	DiI	ΟΔΟΝΤ
013	ΑΝΤΡΑΣ	66	AiO	DiO	ΝΩΔΟ
014	ΓΥΝΑΙΚΑ	76	AiO	DiO	ΟΔΟΝΤ
015	ΑΝΤΡΑΣ	61	AiO	DiO	ΜΑ
016	ΑΝΤΡΑΣ	66	AiO	DiI	OiI
017	ΓΥΝΑΙΚΑ	67	AiO	DiI	ΟΔΟΝΤ
018	ΓΥΝΑΙΚΑ	77	AiII	DiII	ΟΔΟΝΤ
019	ΑΝΤΡΑΣ	62	AiO	DiII	OiII
020	ΑΝΤΡΑΣ	81	AiO	DiO	ΟΔΟΝΤ
021	ΑΝΤΡΑΣ	71	AiO	ΔiII	ΟΔΟΝΤ
022	ΑΝΤΡΑΣ	50	AiO	ΔiO	OiII
023	ΓΥΝΑΙΚΑ	80	AiO	ΔiII	ΟΔΟΝΤ
024	ΑΝΤΡΑΣ	64	AiII	ΔiII	OiI

ΕΠΕΞΗΓΗΣΗ ΣΥΝΤΜΗΣΕΩΝ

Ai=Αναμνηστικός Δείκτης Δυσλειτουργίας Ψ= Ψυχωση

Δi= Κλινικός Δείκτης Δυσλειτουργίας N= Νευρωση

Oi=Συγκλεισιακός Δείκτης Δυσλ. ΟΨ(Α)=Οργανικοψυχοσυνδρομο

ΟΔΟΝΤ= Οδοντοστοιχία ΥΣ(Β)=Υπολ.τυπος σχιζοφρενειας

ΜΟ= Μερική οδοντοστοιχία ΠΔ(Γ)= Παρανοια

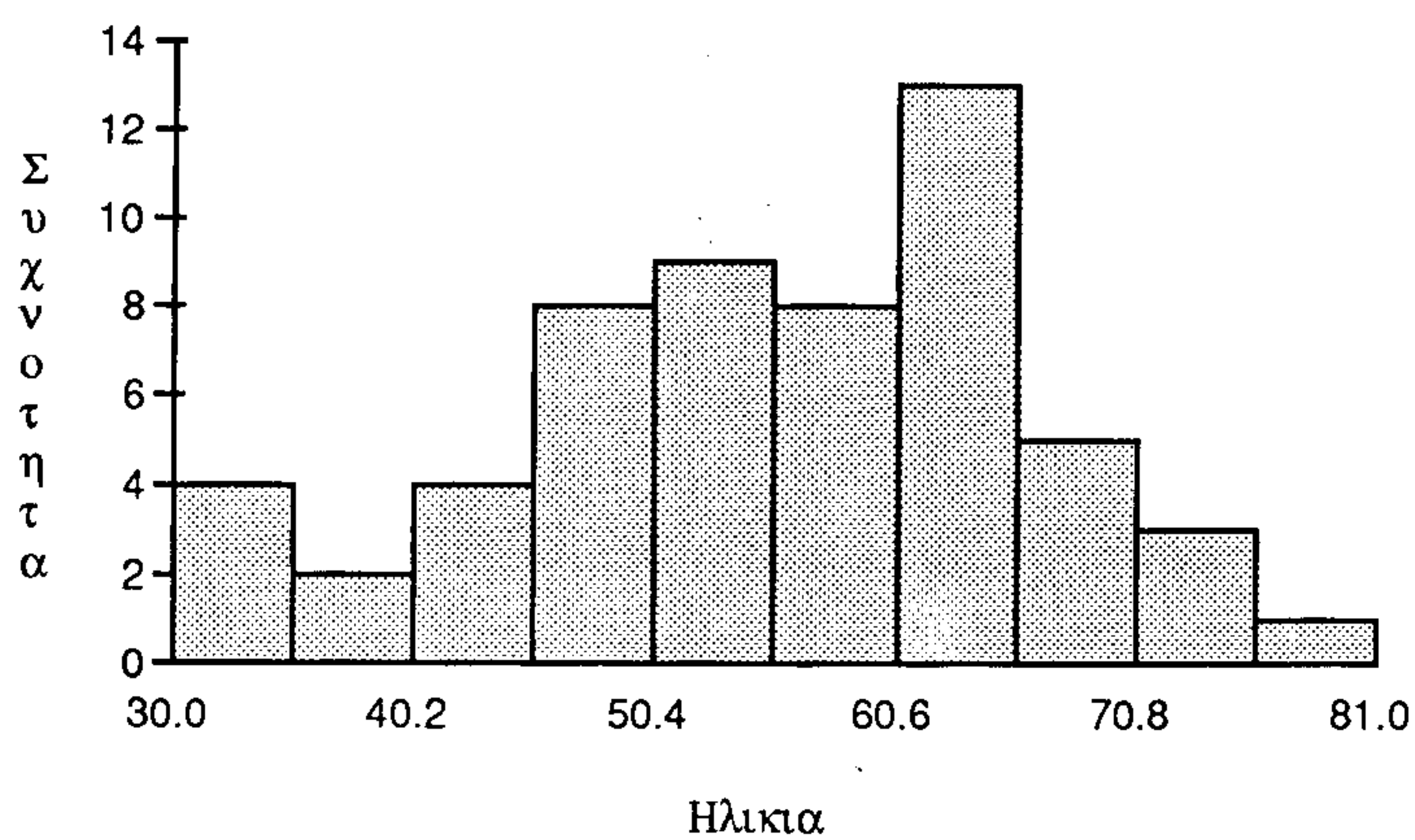
ΝΩΔΟ= Χωρίς οδοντοστοιχία ΣΔ(Δα)= Κυκλοθυμική διαταραχή

ΜΑ= Μερική ανοδοντία ΣΔ(Δβ)=Δυσθυμική διαταραχή

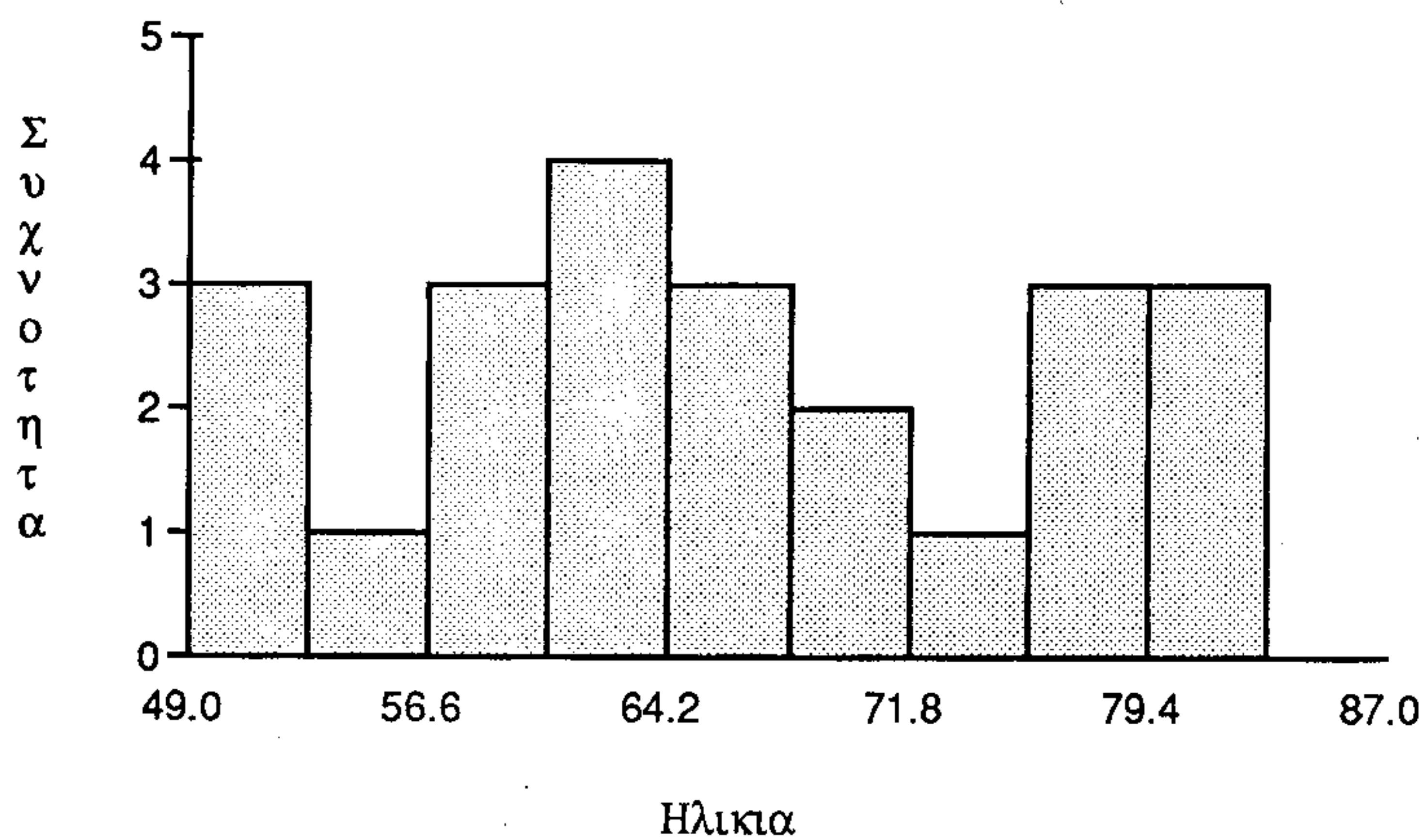
ΑΔ(Εα)= Αγχώδης διαταραχή ΑΔ(Εβ)= Ιδεοληπτική νευρωση

ΔΠ(ΣΤ)= Διαταραχή προσαρμοστικότητας

Η κατανομή ασθενών και μαρτυρών κατά ηλικία φαίνεται στα ιστογράμματα (α)&(β):



Ιστογράμμα (α) Ομάδα ψυχασθενών

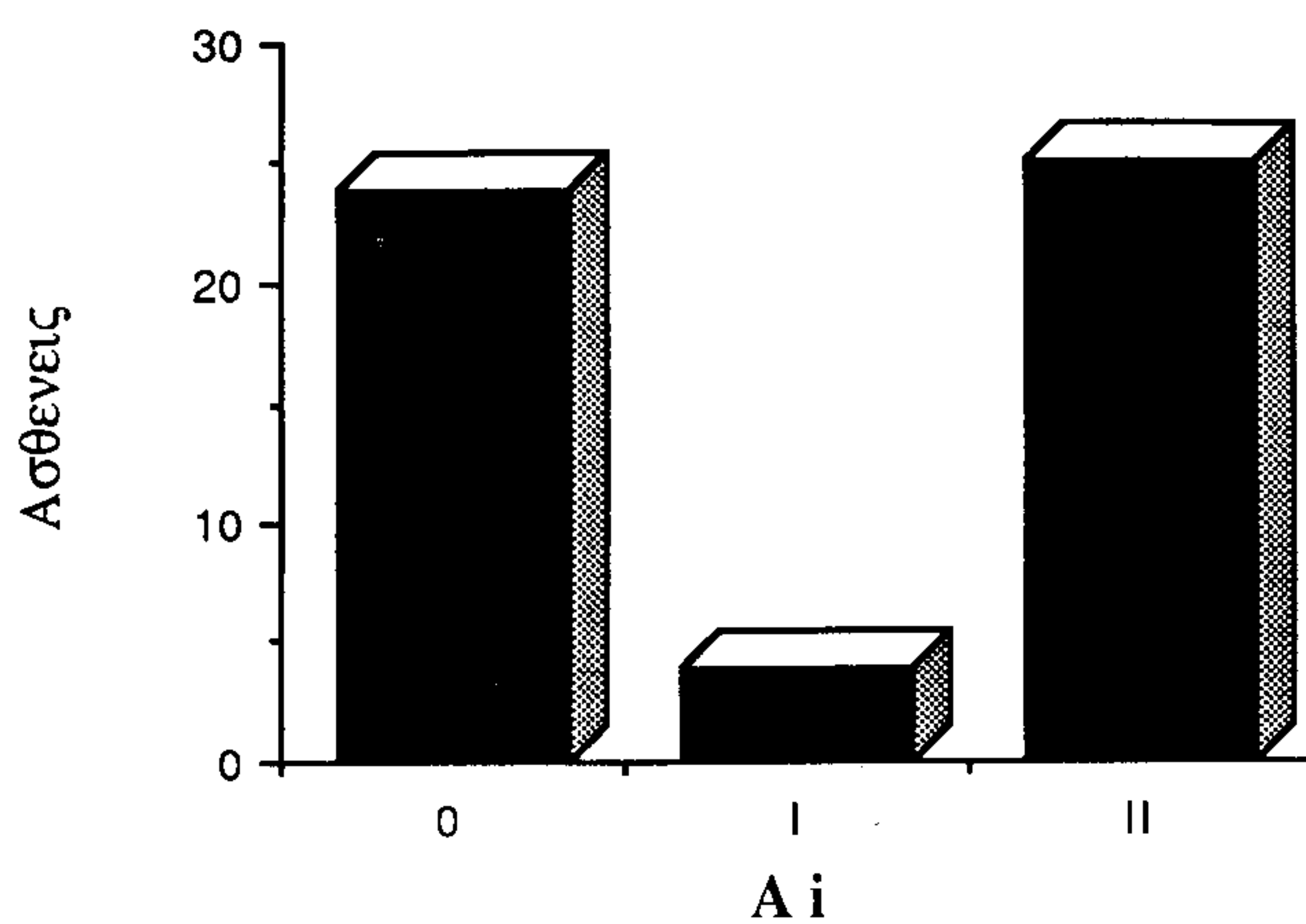


Ιστογράμμα (β) Ομάδα μαρτυρών

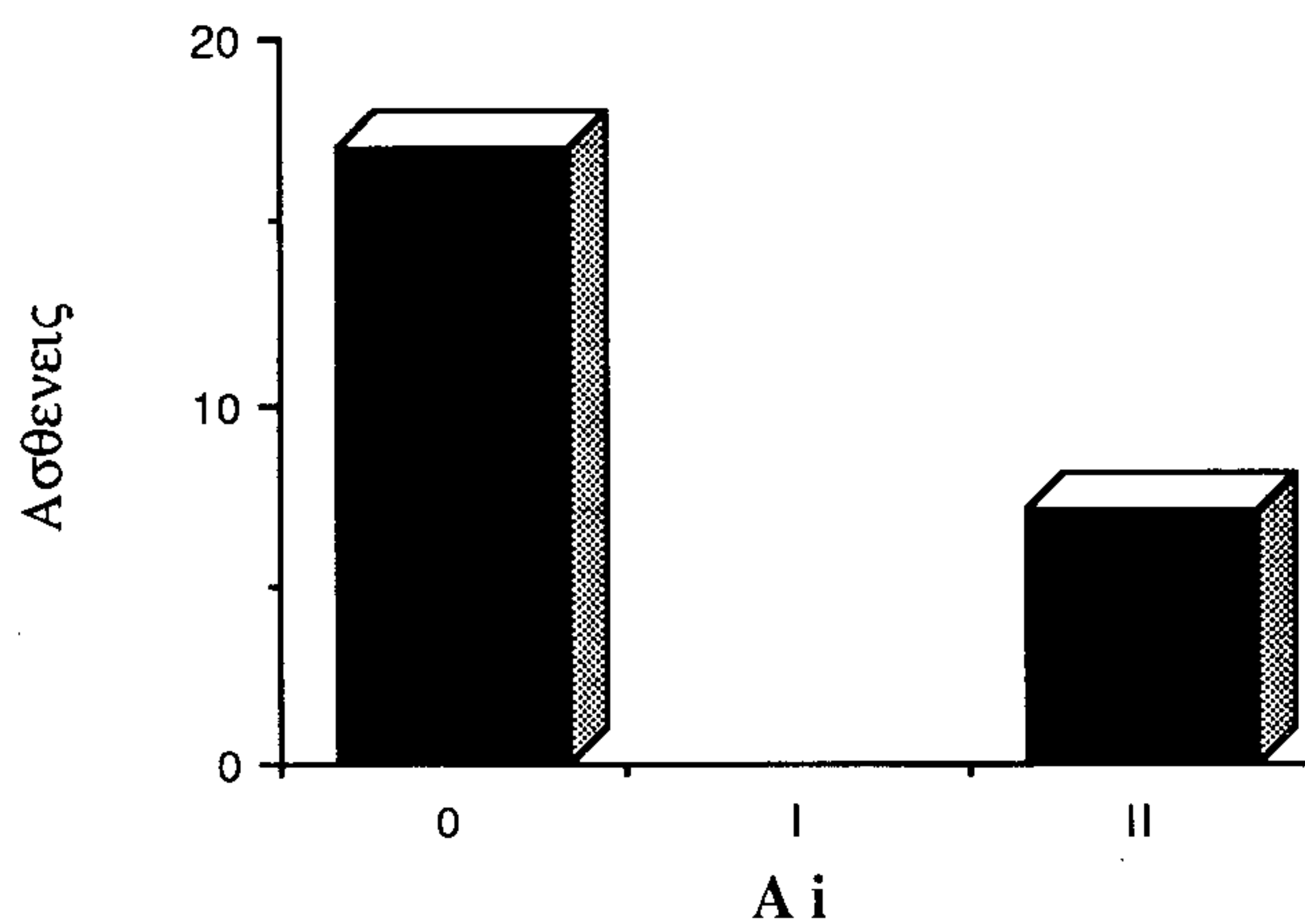
Οι ψυχασθενείς παρουσιάζαν υποκειμενικά ενοχλήματα από το στοματογναθικό σύστημα σε ποσοστό 50%, ενώ οι μαρτυρές σε 29,2%. Αναλυτικότερα η συχνότητα εμφάνισης του Αναμνηστικού Δείκτη Δυσλειτουργίας κατά Helkimo σε ψυχασθενείς και μαρτυρές ήταν η εξής. Πίνακας 12.

Πίνακας 12 ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ				
	ψυχασθενείς		μαρτυρές	
	η	%	η	%
AiO = Απουσία συμπτωμάτων	29	50	17	70,8
AiI = Ήπια συμπτώματα	4	6,9	0	0
AiII = Σοβάρα συμπτώματα	25	43,1	7	29,2

Η κατανομή του Αναμνηστικού Δεικτη Δυσλειτουργίας παρουσιάζεται στα ιστογράμματα (α1) & (β1):



Ιστογράμμα (α1) Ομάδα ψυχασθενών



Ιστογράμμα (β1) Ομάδα μαρτυρών

Τα συνοδα συμπτωματα σε ασθενεις κατα φυλο και κατηγορια και σε μαρτυρες φαινονται στον Πινακα 13 & 13 α.

Πινακας 13							
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΣΥΝΟΔΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΣΕ ΨΥΧΑΣΘΕΝΕΙΣ							
		πονοκεφαλος		εμβοες		ζαλη	
ψυχασθενεις		η=27	%	η=21	%	η=11	%
φυλο	A	10	37	10	47	3	27
	Θ	17	63	11	52	8	73
κατηγορια	Ψ	5	19	6	28,5	2	18
	N	22	81	15	71,5	9	82

Πινακας 13 α							
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΣΥΝΟΔΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΣΕ ΜΑΡΤΥΡΕΣ							
		πονοκεφαλος		εμβοες		ζαλη	
μαρτυρες		η=10	%	η=2	%	η=3	%
φυλο	A	1	14,2	2	100	2	66,5
	Θ	6	85,8	0	0	1	33,5

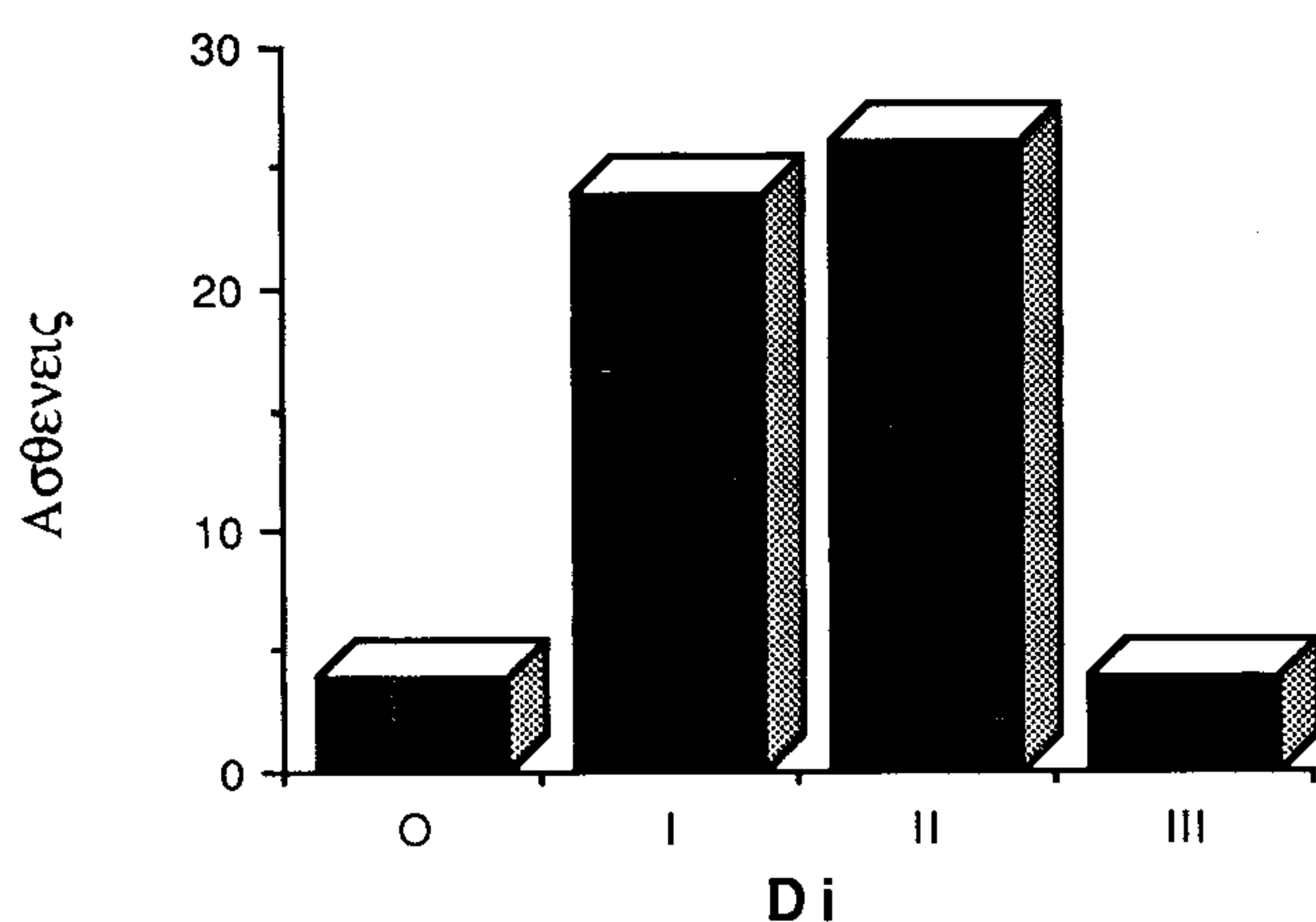
Οι ψυχασθενείς παρουσιάζαν πονοκεφαλό σε ποσοστό 46,5% ενώ οι μαρτυρές σε 29%. Η συχνότητα παραλειτουργικών εξεών, κυρίως βρυγμού, σε ψυχασθενείς και μαρτυρές, κατά φύλο, φαίνεται στον Πίνακα 14.

Πίνακας 14 ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΠΑΡΑΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΩΝ ΕΞΕΩΝ					
		ψυχασθενείς η=25 43,1%		μαρτυρές η=2 8,33%	
φύλο	A	12	48	1	50
	Θ	13	52	1	50

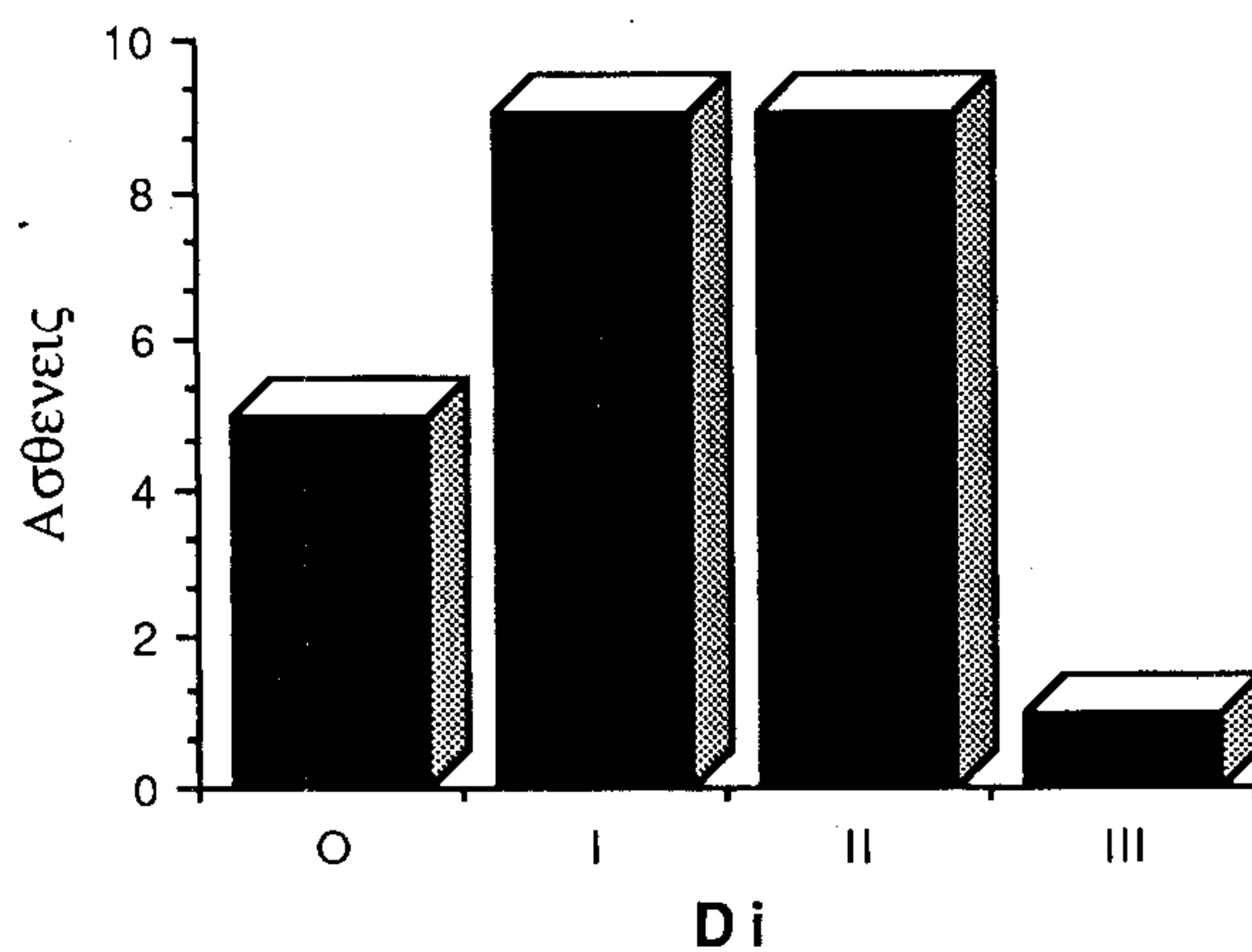
Απο την κλινική εξέταση του στοματογναθικού συστήματος ψυχασθενών και μαρτυρών διαπιστώθηκε ότι το 6,9% και το 20,8% αντιστοίχα, παρουσίαζαν ομαλή λειτουργία. Πίνακας 15.

Πίνακας 15 ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ					
		ψυχασθενείς η _____ %		μαρτυρές α/α %	
DiO = ομαλή λειτουργία		4	6,9	5	20,8
DiI = ελαφρά δυσλειτουργία		24	41,4	9	37,5
DiII = μετρία δυσλειτουργία		26	44,8	9	37,5
DiIII = σοβαρή δυσλειτουργία		4	6,9	1	4,2

Η κατανομή των ασθενών κατά κατηγορία Κλινικού Δεικτη Δυσλειτουργίας, στις δυο ομάδες, παρουσιάζεται στα ιστογράμματα (α_2)&(β_2):



Ιστογράμμα (α_2) Ομάδα ψυχασθενών



Ιστογράμμα (β_2) Ομάδα μαρτυρών

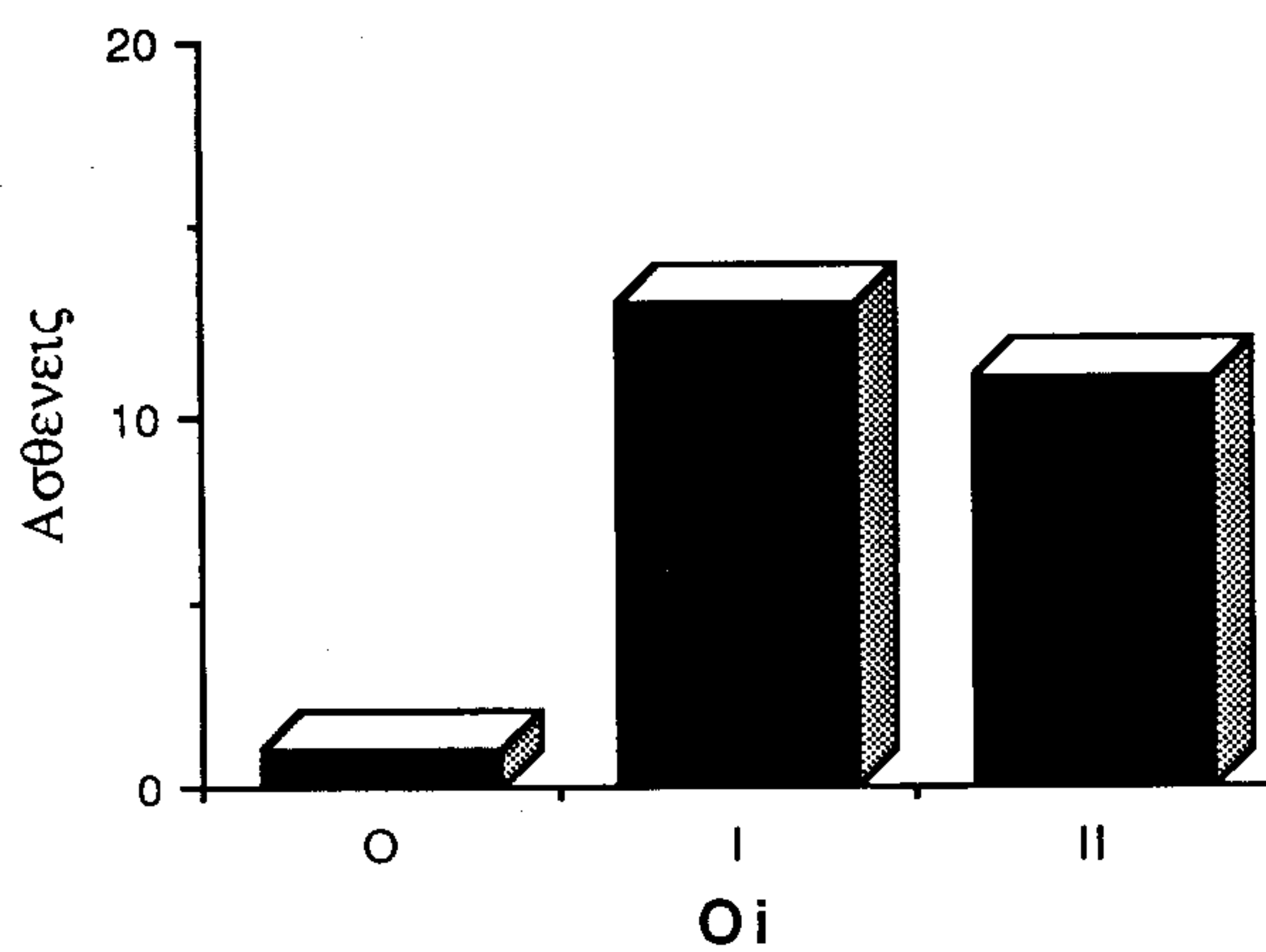
Η συγκλεισιακή κατάσταση των ψυχασθενών και των μαρτύρων φαίνεται στον Πίνακα 16.

Πίνακας 16 ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΩΝ ΣΥΓΚΛΕΙΣΗΣ				
	ψυχασθενείς		μαρτυρές	
	η	%	η	%
OiO = ομαλή συγκλείση	1	1,7	0	0
OiI = ελαφρά διαταραχή	13	22,4	4	16,7
OiII = σοβαρή διαταραχή	11	19	5	20,8
Οδοντοστοιχία	18	31	12	50
Μερική οδοντοστοιχία	8	13,8	1	4,2
Nωδο	1	1,7	1	4,2
Μερική ανοδοντία	6	10,3	1	4,2

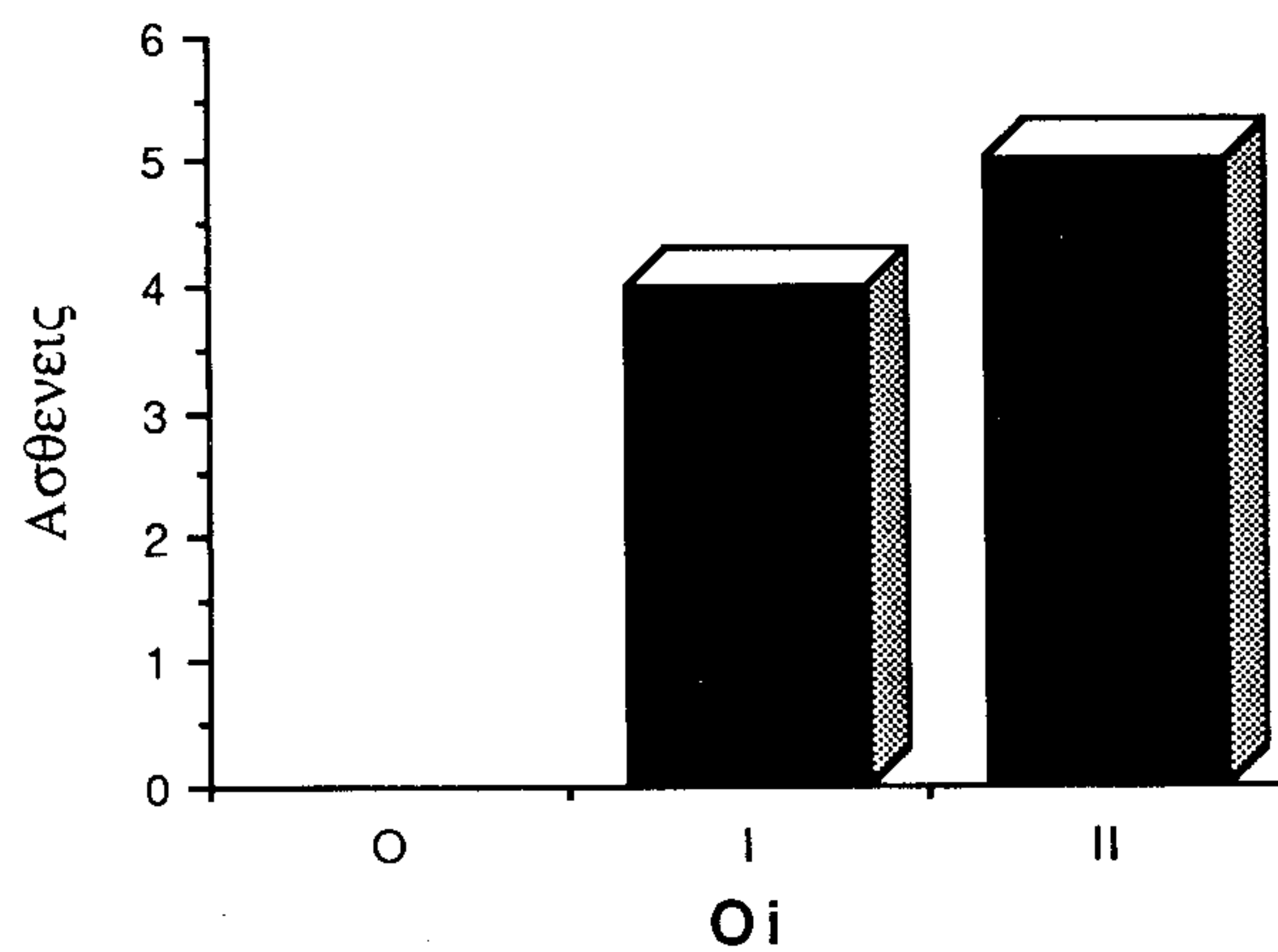
Απο τον Πίνακα 16 διαπιστώνουμε ότι από το σύνολο των εξετασθέντων, ομαλή συγκλείση παρουσίαζε μονον ένας ασθενής, ποσοστό 1,7%. Σοβαρή διαταραχή στη συγκλείση, κακές προσθετικές αποκαταστάσεις και εκτεταμένες ανοδοντίες, παρουσίαζε το 75,8 % των ψυχασθενών και το 83,4% των μαρτύρων. Απαραίτητοι όροι για να χαρακτηριστεί μια συγκλείση ομαλή είναι οι εξής:

1. Υπαρξη δοντιών 28 έως 32
2. Ελλειψη παρεμβολών στη μη εργαζόμενη πλευρά
3. Ολισθήση της κάτω γνάθου από την κεντρική σχέση στη κεντρική συγκλείση μικρότερη 0,5mm σε οβελιαίο επίπεδο και απουσία ολισθήσης σε οριζόντιο επίπεδο
4. Συγκλεισιακό σχήμα κυνοδοντικής προστασίας ή ομαδικής συνεργείας.

Η κατανομή των ασθενών κατά κατηγορία Συγκλεισιακού Δεικτη κατά Helkimo παρουσιάζεται στα ιστογράμματα (α3) & (β3).



Ιστογράμμα α3 Ομάδα ψυχασθενών



Ιστογράμμα β3 Ομάδα μαρτυρών

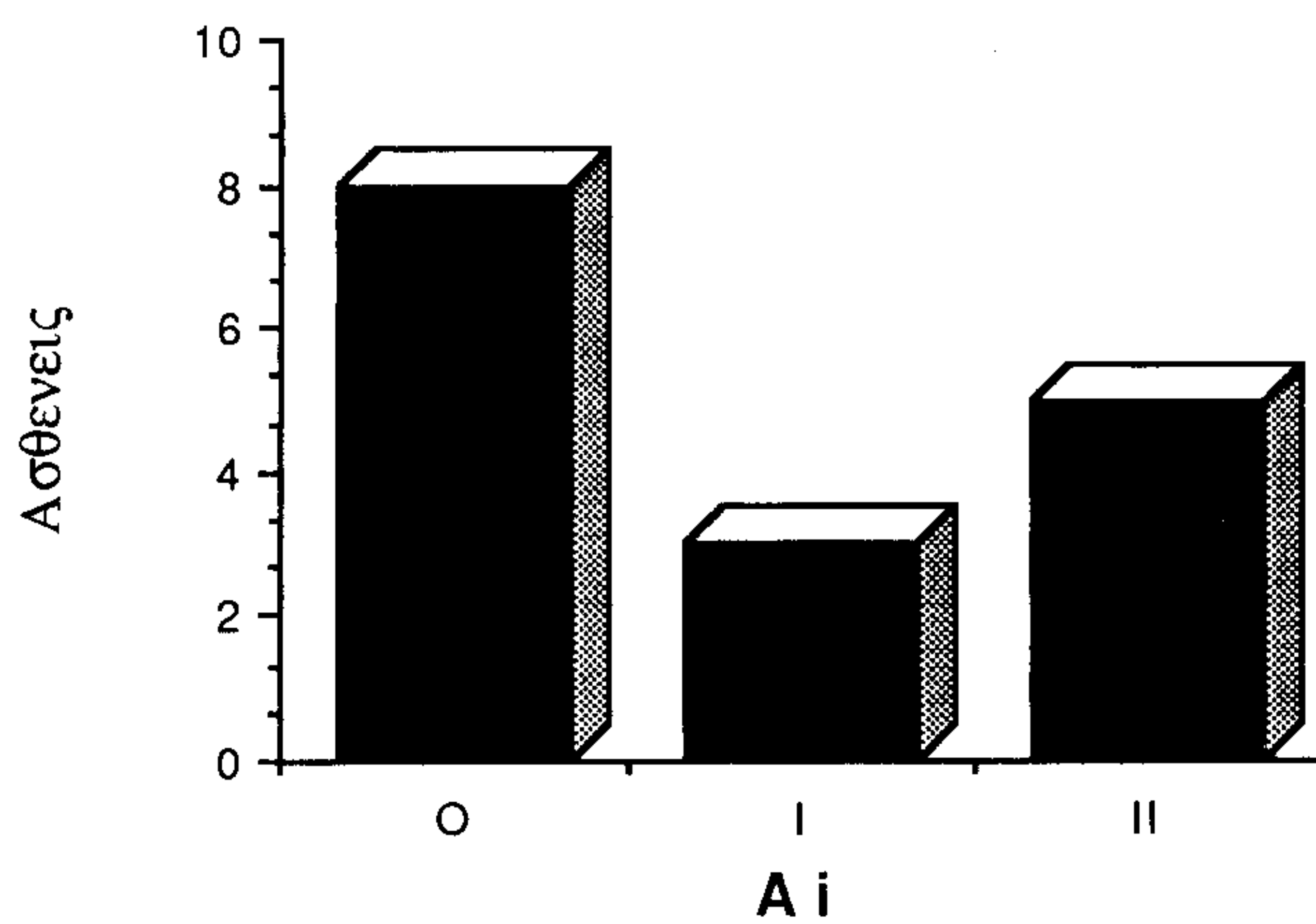
Η κατανομή κατά κατηγορία αναμνηστικού και κλινικού δείκτη δυσλειτουργίας καθώς και συγκλεισιακής καταστάσης των ψυχωσικών και νευρωσικών ασθενών φαίνεται στον Πίνακα 17.

Πίνακας 17					
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΤΟΥ Αi,Di,Oi ΣΤΟΥΣ ΨΥΧΩΣΙΚΟΥΣ & ΝΕΥΡΩΣΙΚΟΥΣ					
		ΨΥΧΩΣΙΚΟΙ		ΝΕΥΡΩΣΙΚΟΙ	
		η	%	η	%
Α i	Ο	8	50	21	50
	I	3	18,8	1	2,4
	II	5	31,2	20	47
Di	Ο	2	12,5	2	4,8
	I	6	37,5	18	42,9
	II	8	50	18	42,9
	III	0	0	4	9,5
OiO		1	6,2	0	0
OiI		3	18,8	10	23,8
OiII		3	18,8	8	19
ΟΔΟΝΤ		4	25	14	33,3
ΜΟ		2	12,5	6	14,3
ΝΩΔΟ		0	0	1	2,4
ΜΑ		3	18,8	3	7,1

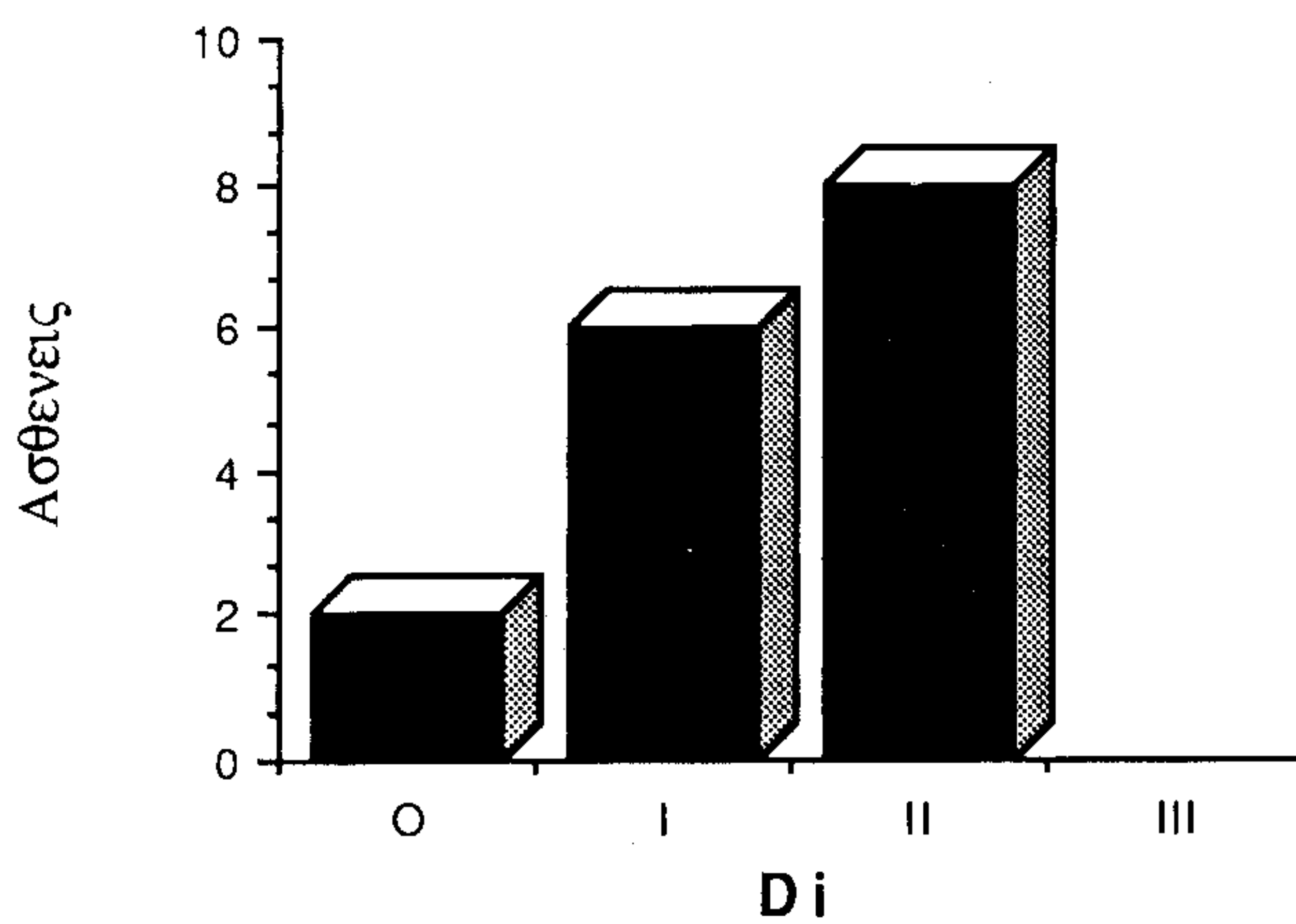
Η κατανομή κατά φύλο των ψυχωσικών και των νευρωσικών ασθενών φαίνεται στον Πίνακα 17 α.

Πίνακας 17 α					
ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΦΥΛΟΥ ΣΤΟΥΣ ΨΥΧΩΣΙΚΟΥΣ & ΝΕΥΡΩΣΙΚΟΥΣ					
ΦΥΛΟ	Α	10	62,5	14	33,3
	Θ	6	37,5	28	66,7

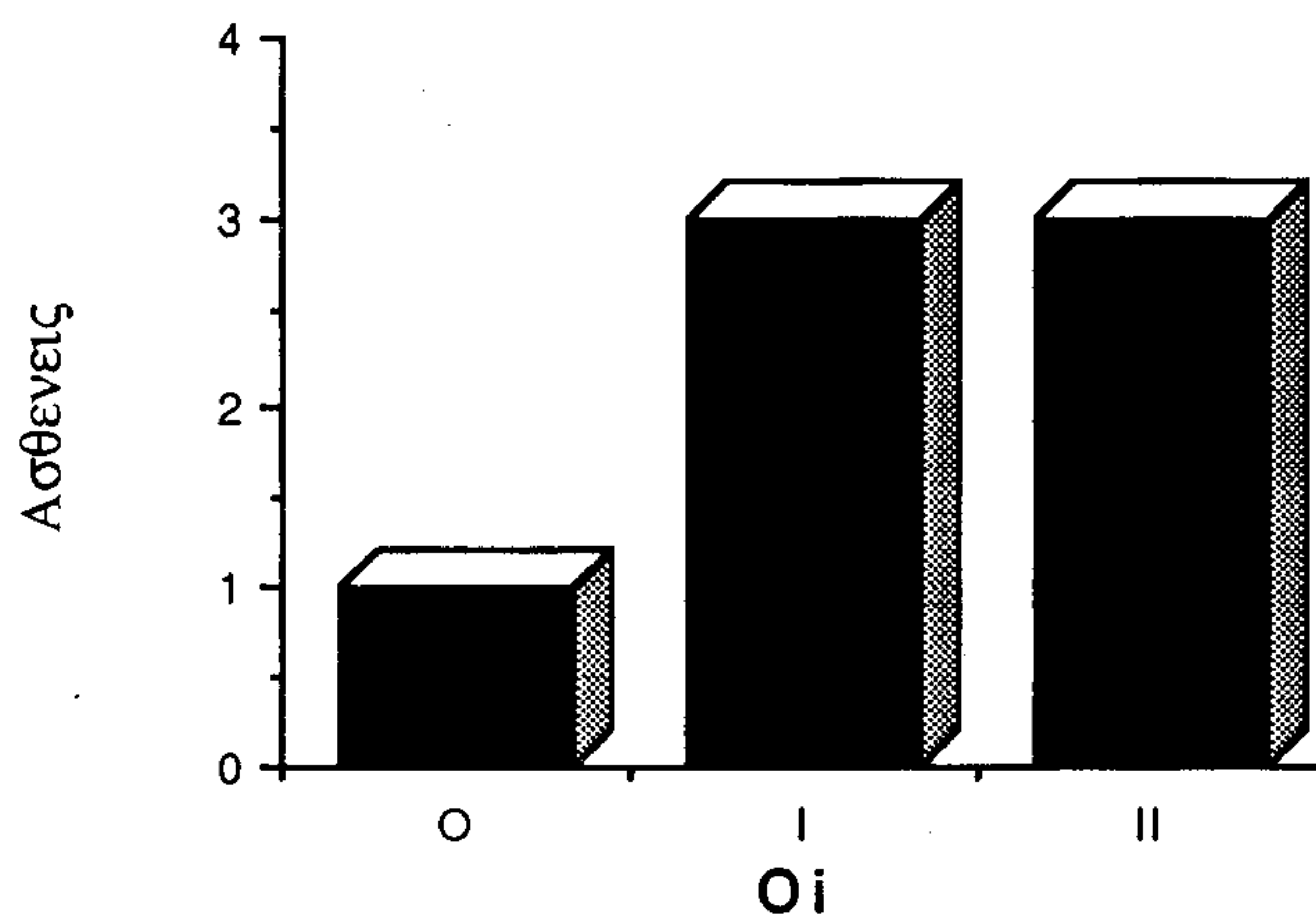
Ιστογράμματα των κατανομών αυτών είναι (α4), (α5), (α6) & (α4''), (α5''), (α6'').



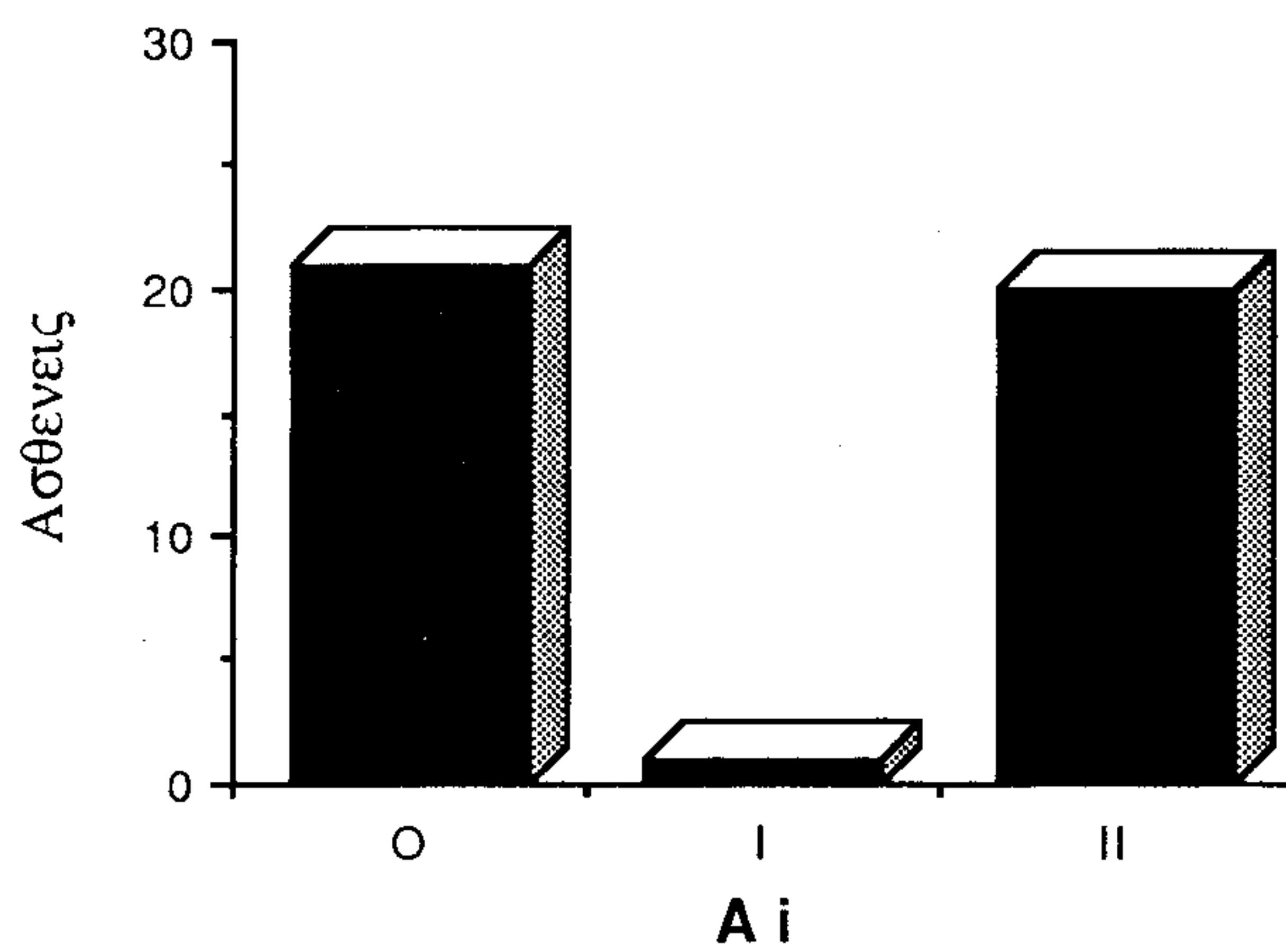
Ιστογράμμα α4 Ψυχωσικοί



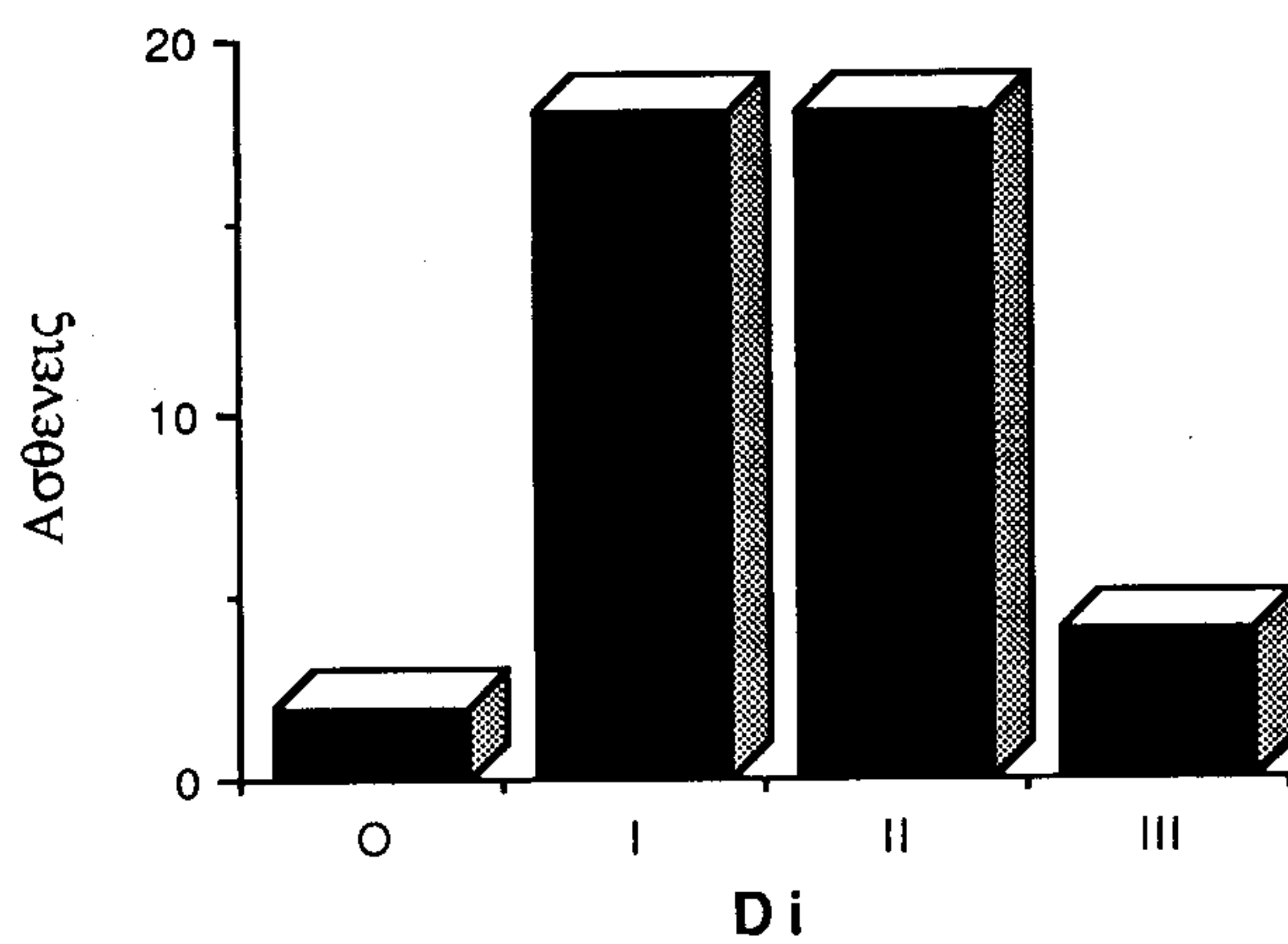
Ιστογράμμα α5 Ψυχωσικοί



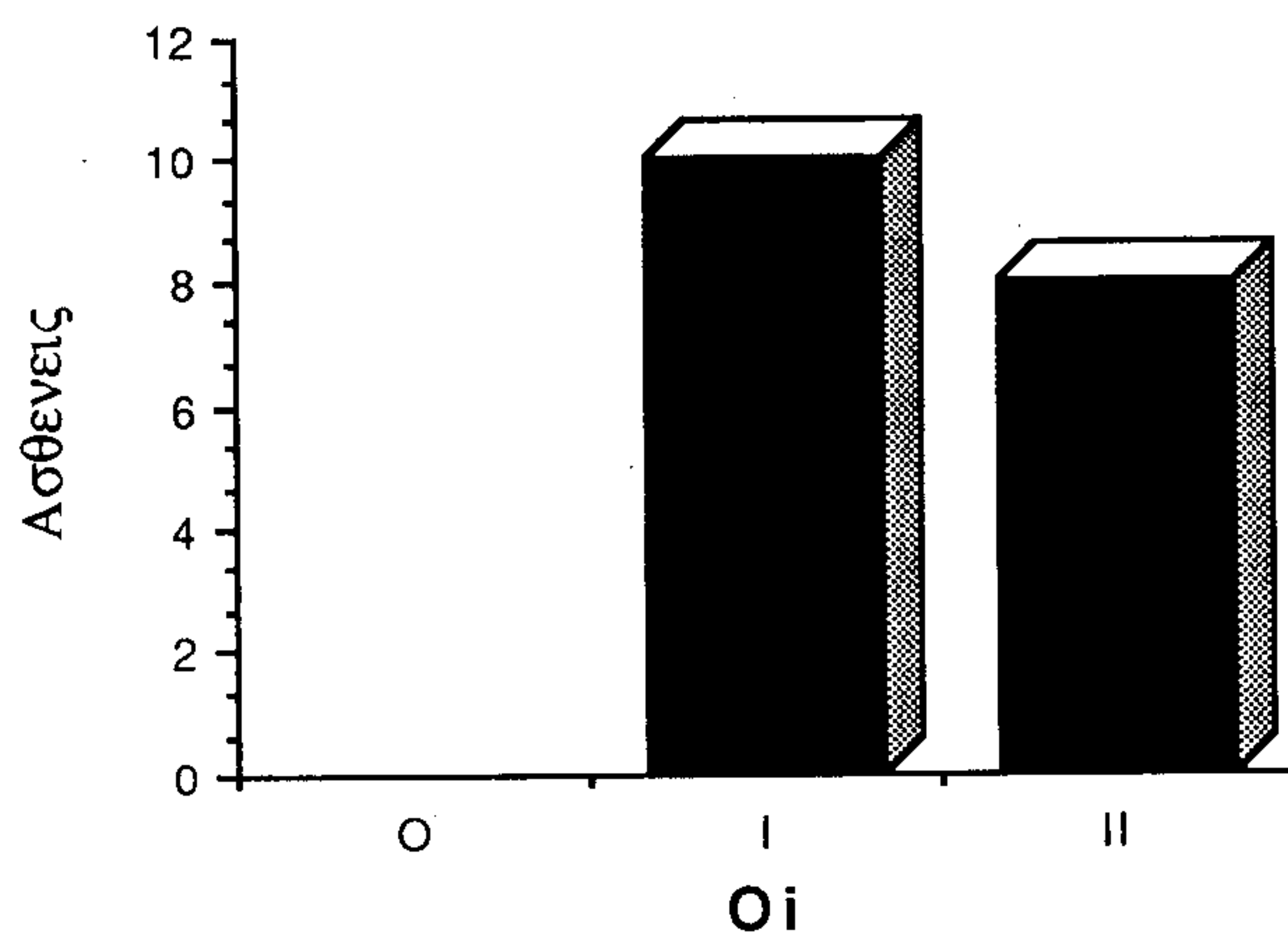
Ιστογράμμο α6 Ψυχωσικοί



Ιστογράμμο α4" Νευρωσικοί



Ιστογράμμο α 5" Νευρωσικοί



Ιστογράμμο α 6" Νευρωσικοί

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Όλα τα στοιχεία που χρησιμοποιήθηκαν για τη σύγκριση των δυο ομάδων, ψυχασθενών και μαρτυρών, παρατίθενται στον Πίνακα 18.

Πίνακας 18 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ					
ΨΥΧΑΣΘΕΝΕΙΣ				ΜΑΡΤΥΡΕΣ	
		η	%	η	%
ΦΥΛΟ	A	24	41,4	13	54,2
	B	34	58,6	11	45,8
A i	0	29	50,0	17	70,8
	I	4	6,9	0	0
	II	25	43,1	7	29,2
D i	0	4	6,9	5	20,8
	I	24	41,4	9	37,5
	II	26	44,8	9	37,5
	III	4	6,9	1	4,2
	Oi0	1	1,7	0	0
	OiI	13	22,4	4	16,7
	OiII	11	19,0	5	20,8
	ΟΔΟΝ	18	31,0	12	50,0
	ΜΟ	8	13,8	1	4,2
	ΝΩΔΟ	1	1,7	1	4,2
	ΜΑ	6	10,3	1	4,2

α. Η σύγκριση ποσοστών μεταξύ των δυο ομάδων έγινε με τη δοκιμασία χ^2 χρησιμοποιώντας τη διορθωση Yates, όπου υπήρχε ένας βαθμός ελευθερίας (Τριχοπουλος 1975).

Οι κατηγορίες Oi0 – OiI καθώς και Νωδοί – Μερική ανοδοντία ενωποιήθηκαν για να μην έχουμε μικρούς αριθμούς (Πίνακας 19).

Πίνακας 19			
ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΟΜΑΔΩΝ		ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ	
	χ^2	βαθμοί ελευθερίας	p
Φυλό	0.66	1	0.42
A i	3.81	2	0.15
D i	3.49	3	0.32
Oi	3.78	4	0.44

Όλες οι διαφορές είναι στατιστικά μη σημαντικές επομένως η ομάδα των ψυχασθενών δεν εμφανίζει δυσλειτουργία στοματογναθικού συστήματος με στατιστικά σημαντική διαφορετική συχνότητα σε σύγκριση με την ομάδα των μαρτυρών.

β. Η σύγκριση ομάδων και ηλικίας παρατιθεται στον Πίνακα 20.

Πίνακας 20 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΟΜΑΔΩΝ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΑΣ				
Ομάδα	ΗΛΙΚΙΑ			
	η	Μεση τιμη	Τυπικη	αποκλιση
Διακυμανση ΨΥΧΑΣΘΕΝΕΙΣ	58	56.3	11.5	30 – 81
MARTYRES	24	66.6	10.9	49 – 87

Η σύγκριση των μεσων τιμων εγινε με τη δοκιμασια t-student, γιατι οπως φαινεται απο τα ιστογραμματα (α) & (β) σελ 59 και τον προσδιορισμο των παραμετρων skewness & kurtosis, οι κατανομες τεινουν να ειναι κανονικες.

Ομάδα	Skewness	Kurtosis
Ψυχασθενεις	- 0.28 (0.31)	-0.20 (0.62)
Μαρτυρες	+ 0.04 (0.47)	-0.91 (0.92)

(Στις παρενθεσεις το τυπικο σφαλμα)

t: 3.72 και $p < 0.001$

Χρησιμοποιωντας δε μη παραμετρικη δοκιμασια Mann-Whitney εξαγονται τα ιδια συμπερασματα, $u=370$ και $p=0.0009$.

Επομενως οι μαρτυρες εχουν μεση ηλικια μεγαλυτερη απο αυτη των ψυχασθενων και η διαφορα ειναι στατιστικα πολυ σημαντικη. Το γεγονος οτι οι ομαδες διαφερουν στην ηλικια σημαινει οτι η απλη συγκριση με δοκιμασια χ^2 ειναι αδυνατη μεταξυ των ομαδων A_i , D_i εφ' οσον η ηλικια ενδεχεται να επιδρα στον A_i και στον D_i .

Οι συσχετισεις ηλικιας – A_i και ηλικιας – D_i (κατα Kendall) παρατιθενται στον Πίνακα 21, σελ 81.

Πίνακας 21 Συσχετισεις κατα Kendall		
Ψυχασθενεις	Ηλικια - Ai	$\tau = -0.26$ $p = 0.008$
	Ηλικια - Di	$\tau = -0.17$ $p = 0.054$
Μαρτυρες	Ηλικια - Ai	$\tau = -0.17$ $p = 0.16$
	Ηλικια - Di	$\tau = -0.09$ $p = 0.29$

Διαπιστώνεται ότι υπάρχουν σχεδόν αμελητέες αρνητικές συσχετίσεις μεταξύ ηλικίας και δεικτών δυσλειτουργίας οι οποίες είναι όμως στατιστικά σημαντικές στην ομάδα των ψυχασθενών. Η συσχέτιση αυτή εξετάζεται διεξοδικότερα αναλυοντας την εξάρτηση Ai και Di και Oi από την ηλικία και την ομάδα ταυτόχρονα, με τη μέθοδο λογιστικής παλινδρόμησης (logistic regression) (Fienberg 1980). Πίνακας 22.

Σημ: Χρησιμοποιείται μια δοκιμασία χ^2 για την επιπλέον επίδραση της ομάδας πάνω από την επίδραση της ηλικίας. Δηλαδή υφίσταται διαφορά μεταξύ ομάδων στο Ai Di Oi αν ελεγχουμε τη διαφορά ηλικίας μεταξύ των ομάδων. Για αυτή την ανάλυση ενωποιήθηκαν οι κατηγορίες AiI – AiII, DiO– DiI και DiII – DiIII.

Πίνακας 22 Συσχετιση με τη μεθοδο λογιστικης παλινδρομισης		
Ai	Διαφορα μεταξύ ομάδων : $\chi^2 = 0.32$	$p = 0.57$
Di	Διαφορα μεταξύ ομάδων : $\chi^2 = 0.02$	$p = 0.89$
Oi	Διαφορα μεταξύ ομάδων : $\chi^2 = 0.11$	$p = 0.98$

Με αυτή την πολυπαραγοντική ανάλυση οι διαφορές παραμένουν μη σημαντικές. Επομένως η διαφορά της ηλικίας που παρατηρείται μεταξύ ασθενών και μαρτύρων δεν επδρά στους δείκτες Ai, Di, Oi.

γ.Η συσχέτιση των δεικτών Ai, Di, Oi μεταξύ τους παρατιθεται στους Πίνακες 23 & 24.

Πίνακας 23					
Συσχέτιση Kendall					
Ομάδα	Ai - Di		Ai - Oi		Di - Oi
	τ	p	τ	p	τ
Ψυχασθενείς	0.53	< 0.0001	0.05	0.40	0.15
Μαρτυρές	0.66	0.0003			0.23

Είναι εμφανές ότι υπάρχει μια θετική, στατιστικά σημαντική συσχέτιση Ai και Di τόσο στους ασθενείς όσο και στους μαρτυρές.

Οι συσχετίσεις Ai - Oi και Di - Oi εξετάζονται με τη δοκιμασία χ^2 στους μαρτυρές.

Πίνακας 24 Δοκιμασία χ^2				
Ομάδα	A i χ^2	Oi p	D i χ^2	Oi p
Μαρτυρες	5.20	0.16	7.08	0.31

Απο τους Πίνακες 23 & 24 δεν φαίνεται να υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των Ai, Di και Oi.

δ. Όλα τα στοιχεία που χρησιμοποιήθηκαν για τη σύγκριση των δυο υποομαδών των ψυχασθενών, ψυχωσικοί και νευρωσικοί, παρατιθενται στον Πίνακα 25.

Πίνακας 25 ΨΥΧΑΣΘΕΝΕΙΣ					
		ΨΥΧΩΣΙΚΟΙ		ΝΕΥΡΩΣΙΚΟΙ	
		η	%	η	%
ΦΥΛΟ	A	10	62,5	14	33,3
	Θ	6	37,5	28	66,7
Α i	O	8	50,0	21	50,0
	I	3	18,8	1	2,4
	II	5	31,2	20	47,6
D i	O	2	12,5	2	4,8
	I	6	37,5	18	42,9
	II	8	50,0	18	42,9
	III	0	0	4	9,5
	Oi0	1	6,2	0	0
	OiI	3	18,8	10	23,8
	OiII	3	18,8	8	19,0
	ΟΔΟΝ	4	25,0	14	33,3
	ΜΟ	2	12,5	6	14,3
	ΝΩΔΟ	0	0	1	2,4
	ΜΑ	3	18,8	3	7,1
ΗΛΙΚΙΑ :	Μεση τιμη	52		57,7	
	Τυπικη αποκλιση	15,8		9,3	
	Ευρος	30-81		32-76	

Στον Πίνακα 26 παρατιθενται αποτελέσματα δοκιμασίας χ^2 μεταξύ ψυχωσικών και νευρωτικών, για τους τρεις δείκτες (Ai, Di, Oi), το φύλο και την ηλικία.

Πίνακας 26 Αποτελέσματα			
	χ^2	βαθμοί ελευθερίας	p
Φύλο	2.95	1	0,09
Ai	0.00	1	1.00
Di	2.74	3	0.43
Oi	1.11	4	0.89
Ηλικία	$\tau = 1.49$	$p = 0.14$	

Είναι εμφανές ότι οι δείκτες Ai, Di, Oi δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων των ψυχασθενών.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η αιτιοπαθογενεία της Δυσλειτουργίας του Στοματογναθικού Συστήματος παραμένει ακόμη και στις μέρες μας ένα αμφιλεγόμενο ζήτημα. Οι διαφωνίες επικεντρώνονται κυρία σε δύο ερωτήματα.

1ον: Υπάρχει ένας πρωταρχικός αιτιολογικός παραγοντας;

2ον: Ο αιτιολογικός αυτός παραγοντας είναι τοπικός (συγκλίσση) ή κεντρικός (ψυχολογικός).

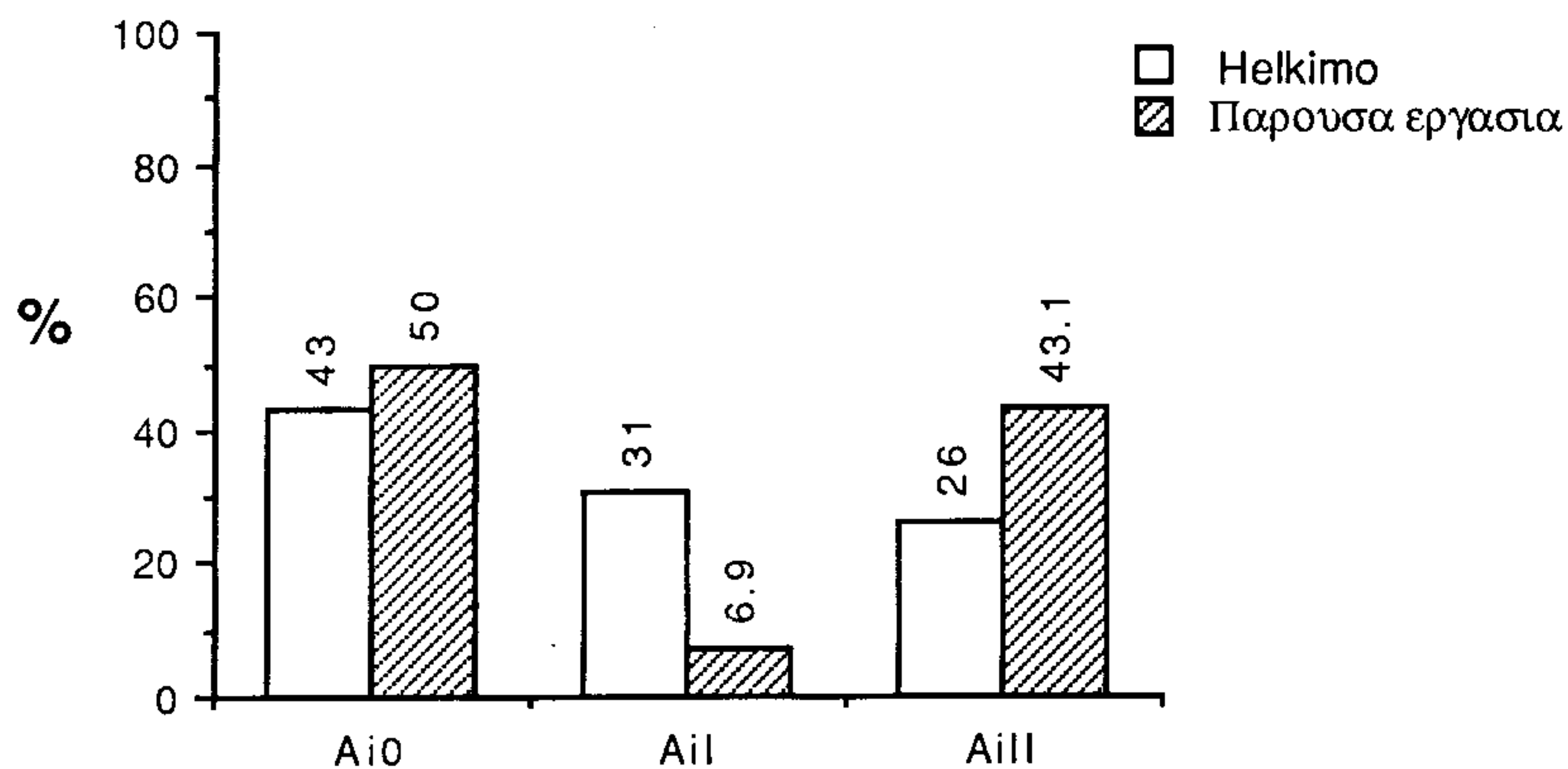
Όπως ήδη έχουμε αναφέρει έχουν γίνει αρκετές έρευνες σχετικά με τον ψυχολογικό παραγοντα, οι οποίες ενοχοποιούν τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των ασθενών αυτών, εξετάζουν τον παραγοντα στρες και την επίδραση του στο μυϊκό σύστημα και προσπαθούν να αποδείξουν ότι η ΔΣΣ είναι μια ψυχοσωματική διαταραχή (Rugh 1982). Για τον σκοπό αυτό χρησιμοποιούν διάφορα ψυχολογικά, πειραματικά και εργαστηριακά τεστ ή μεθόδους ψυχιατρικής ανάλυσης και συγκρίνουν τους ασθενείς με ΔΣΣ με υγιή πληθυσμό ή με πασχόντες άλλης μορφής. Δεν κατορθώνουν όμως να απομονώσουν τον ψυχολογικό παραγοντα σαν κύριο αίτιο της ΔΣΣ. Είναι ενδιαφέρον ότι μέχρι σήμερα το θέμα δεν έχει διερευνηθεί αντιστρόφα: Παρουσιάζουν οι ψυχασθενείς, άτομα με κατ'έξοχη διαταραγμένο τον ψυχολογικό παραγοντα, μεγαλύτερη συχνότητα ΔΣΣ σε σύγκριση με τον ψυχικά υγιή πληθυσμό;

Απο τη στατιστική αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της έρευνας μας οι ψυχασθενείς παρουσίαζαν διάφορου βαθμού σημεία και συμπτώματα από το στοματογναθικό σύστημα. Η συχνότητα εμφάνισης των συμπτωμάτων στους ψυχασθενείς ήταν 50%. Από αυτά 6,9% ήταν ήπιας μορφής συμπτώματα και τα 43,1% σοβαρής, δηλαδή κατηγορίας AII και AII κατά Helkimo. Τα ποσοστά αυτά δεν παρουσιάζουν μεγάλη διαφορά με τα αντιστοιχά επιδημιολογικών ερευνών σε γενικό πληθυσμό (Carlsson 1984), Πίνακας 2 σελ 16. Το αποτέλεσμα αυτό δεν ήταν αναμενόμενο διότι πίστευαμε ότι η συχνότητα των συμπτωμάτων της ΔΣΣ στους ψυχασθενείς θα έπρεπε να είναι αρκετά μεγαλύτερη. Το γεγονός πιθανόν να οφείλεται α) στον μικρό αριθμό του δείγματος β) στην υπαρξη διαφορετικών εθνολογικών και κοινωνικοοικονομικών καταστάσεων. Τα κριτήρια επιλογής της ομάδας των μαρτύρων δεν μας επέτρεψαν την συλλογή πολλών

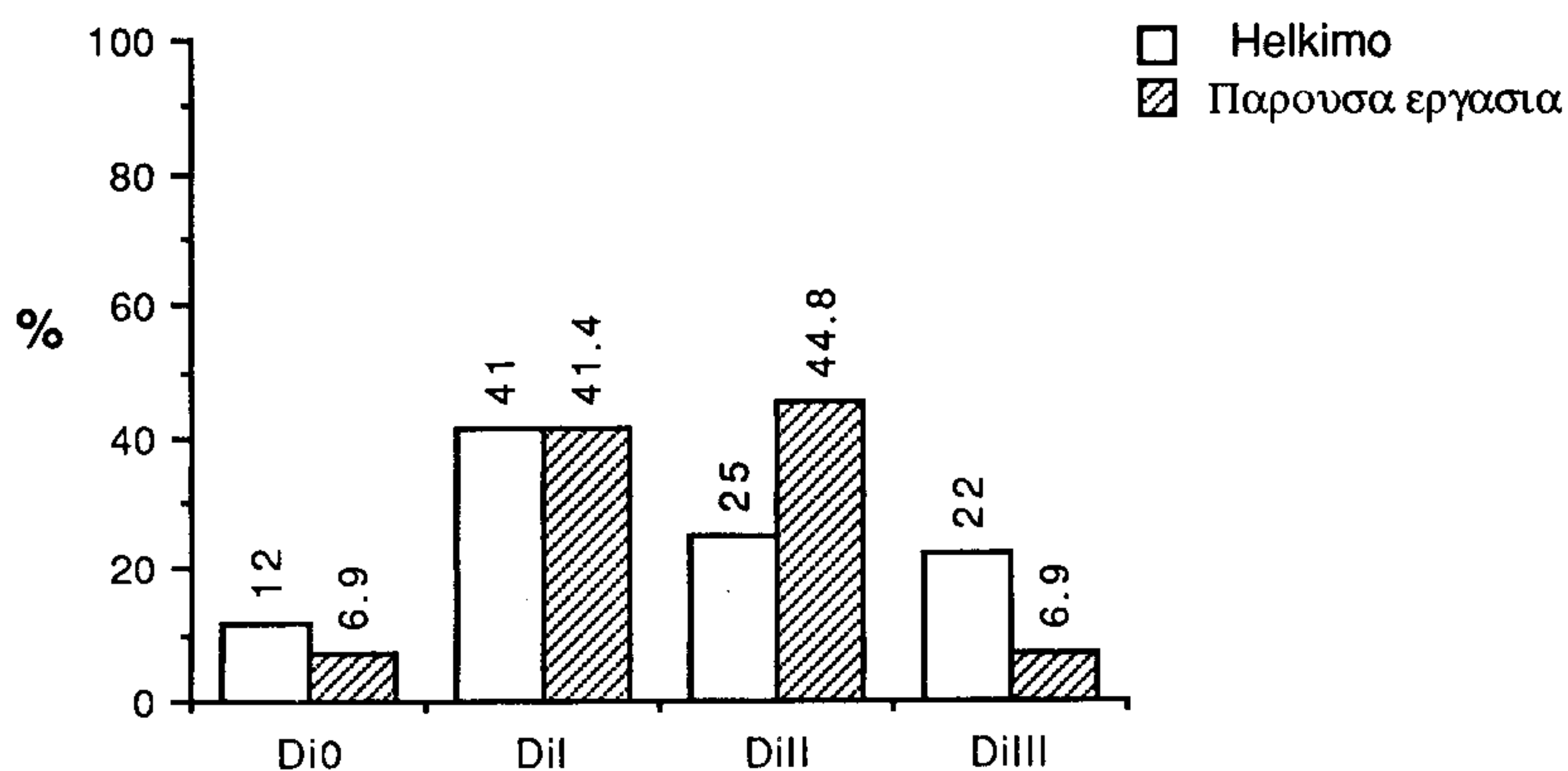
ατόμων, με αποτέλεσμα τα ευρήματα μας σχετικά με τη συχνότητα που εμφανίζουν οι ψυχασθενείς σημεία και συμπτώματα από το στοματογναθικό σύστημα, να μην είναι απολύτως συγκρισιμα με αντιστοιχα επιδημιολογικών ερευνών. Ήταν δε αναγκαίο να χρησιμοποιηθεί ομάδα μαρτυρών (control group) και για ένα επιπλέον λόγο, για να μπορούν να ελέγχουν αναποφευκτα λάθη που μπορεί να προκύψουν από τη διακυμανση των παρατηρήσεων του ίδιου ερευνητή (intra- observer variability), (Carlsson και συν 1980, Kopp & Wenneberg 1983)

Η συχνότητα εμφάνισης σημείων δυσλειτουργίας στους ψυχασθενείς κυμαινόνταν σε ποσοστό 93,1%, ήπια μορφή δυσλειτουργίας παρουσίαζε το 41,4%, μετρία το 44,8% και σοβαρή το 6,9% κατηγορίας DiI, DiII, DiIII κατά Helkimo αντιστοιχα, Πίνακας 18 σελ 78.

Η συχνότητα 93,1% είναι μεγαλύτερη από άλλων ερευνών, που συνηθως στο γενικό πληθυσμό κυμαίνεται από 33–86%. Οι διαφορές αυτές πιθανόν να οφείλονται α) στο διαφορετικό τρόπο εξέτασης β) στο ότι εμείς είχαμε επιλεγμένο δείγμα και όχι τυχαίο όπως αυτοί. Παραθετούμε έναν συγκριτικό πίνακα με την συχνότητα κατανομής των δεικτών του Helkimo που προέκυψαν από επιδημιολογική μελέτη πληθυσμού της Νοτίας Φινλανδίας (Helkimo 1974 c) με την δική μας. Πίνακας (27),(28).



Πίνακας 27



Πίνακας 28

Όλα τα άτομα που εξετασθηκαν σε αυτή την έρευνα, ψυχασθενείς και μαρτυρές, ήταν της αυτής κοινωνικοοικονομικής κατάστασης και ασθενείς των εξωτερικών ιατρείων του ΝΙΜΤΣ, αυτά τα κριτήρια ήταν αναγκαία για να εξασφαλίσουμε όσο ήταν δυνατόν τις ίδιες περιβαλλοντικές ψυχολογικές συνθήκες. Οι μαρτυρές (ψυχικά υγείς) ήταν μεγαλύτερης ηλικίας από τους ψυχασθενείς όπως όμως αποδείχθηκε η διαφορά αυτή δεν επεδράσε στους δείκτες Ai, Di, Oi. Πίνακας 22, σελ 81.

Από την σύγκριση των δύο ομάδων (Πίνακας 19, σελ 79) δεν διεπιστώθει να εμφανίζουν οι ψυχασθενείς σημεία και συμπτώματα δυσλειτουργίας του στοματογναθικού συστήματος με στατιστικά σημαντική διαφορετική συχνότητα από την ομάδα των μαρτύρων. Επομένως ο ψυχολογικός παραγοντας τουλάχιστον όπως διαταράσσεται στους ψυχιατρικούς ασθενείς δεν μπορεί να θεωρηθεί ο κυρίαρχος αιτιολογικός της ΔΣΣ. Στο ίδιο συμπέρασμα καταλήγουν και άλλες έρευνες (Gale 1978, Kaban και Belfer 1981, Moss και Adams 1984). Σε αντίθετα αποτελέσματα από τα δικά μας καταλήγουν οι Moulton (1955), Fine (1971), Solberg και συν (1972), και Feinmann και συν (1984) που ενοχοποιούν το άγχος ή την καταθλιψη σαν κύρια αιτία ΔΣΣ. Το 1986 οι Fisbain και συν (1986) εξετάζουν 283 ασθενείς με χρόνια πόνο, το 85% των οποίων εκτιμήθηκε κλινικά ότι επασχε από ΔΣΣ και τους ταξινομούν με βάση τα κριτήρια της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας DSM III δηλαδή με τα ίδια κριτήρια που ταξινομήσαμε και του δικούς μας ασθενείς. Και η έρευνα αυτή όμως, όπως και οι προηγούμενες, εξετάζει την ΔΣΣ σε σχέση με τις ψυχικές διαταραχές και όχι τις ψυχικές διαταραχές σε σχέση με την ΔΣΣ όπως

γίνεται στην παρούσα έρευνα, με αποτέλεσμα να μην έχουμε δυνατότητα σύγκρισης των ποσοστών μας με αντιστοιχα δικά τους. Αναλυτικά τα συμπεράσματα και των δυο εργασιών παρουσιάζονται στον Πίνακα 29.

Πίνακας 29

Κατηγορία DSM-III	Fisbain et al (1986) ασθενείς με χρονίο πόνο	Παρούσα εργασία ψυχασθενείς
Οργανικό Ψυχοσύνδρομο	7,8%	6,8%
Υπολ. τυπος Σχιζοφρενειας	1,7%	10,3%
Παρανοια	2,8%	3,4%
Συναισθηματικές διαταραχές	28,2%	39,6%
Αγχώδεις διαταραχές	16,3%	22,4%
ΔΣΣ	85%	93,1%

Στην προσπάθεια μας να διερευνήσουμε το αν και ποιες συγκεκριμένες κατηγορίες ψυχικών παθήσεων διαταράσσουν την ευρυθμή λειτουργία του στοματογναθικού συστήματος, κατατάξαμε τους ψυχασθενείς σε νευρωσικούς και ψυχωστικούς με βάσει τα παλαιότερα DSM-II κριτήρια της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας και δεν διαπιστώσαμε στατιστικά σημαντικές διαφορές των δεικτών Ai, Di, Oi, μεταξύ των δυο ομάδων. Αυτό το συμπέρασμα έρχεται σε συμφωνία με αποτελέσματα αρκετών ερευνών, που δεν απομωνούν κάποια ιδιαίτερη ψυχική παθήση σαν κύριο αιτιολογικό παραγοντα της ΔΣΣ (Gross και Vacchiano 1973, Gale 1978, Marbach και Lipton 1978, Moss και Adams 1984) και διαφωνεί με άλλες έρευνες που καταλήγουν ότι το άγχος ή η καταθλιψη είναι αιτιολογικοί παραγοντες δηλαδή που ενοχοποιουν κυρια της διαταραχες συναισθηματος (Moulton 1955, Kydd 1959, Fine 1971, Solberg και συν 1972, Schwartz και συν 1979, Feinmann και συν 1984, Schumann και συν 1988).

Απο τις συσχετίσεις των δεικτών δυσλειτουργίας μεταξύ τους διεπιστώθει, ότι υπάρχει μια στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση του Αναμνηστικού (Ai) με τα του Κλινικού δεικτη (Di) κατά Helkimo τόσο στους ασθενείς όσο και στους μαρτυρες. Με το αποτέλεσμα αυτό συμφωνούν οι Helkimo (1974 b), Zarb (1979), Droukas και συν (1984 & 1985), Magnusson και συν (1985) και Δαμιανακού (1986). Αντιθετως οι Heloe και συν (1980 a), Κοιδης (1984), Duinkerke και συν (1985), διαπιστώνουν ότι τα συμπτώματα της ΔΣΣ και ο αντιστοιχος Αναμνηστικός δεικτης δεν συσχετίζονται με τα σημεία και τον αντιστοιχο Κλινικό τους δεικτη. Ο

Συγκλεισιακός δείκτης (Oi) δεν βρέθηκε να έχει σημαντική συσχέτιση με τον Ai και τον Di. Στο ίδιο συμπέρασμα καταλήγουν και έρευνες που αφορούν είτε δυσλειτουργικούς ασθενείς είτε μη δηλ υγείς, (De Boever και Adriaens 1983, Droukas και συν 1984, 1985). Ενώ στις περισσότερες έρευνες συνολικά η συγκλεισιακή δυσαρμονία εμφανίζεται να μην συσχετίζεται με τα σημεία και συμπτώματα της ΔΣΣ παρα όλα αυτά υπάρχουν αρκετές, που συσχετίζουν επι μερους συγκλεισιακές παραμετρους (παρεμβολές, ανωμαλίες συγκλεισης κατά Angle) με επι μερους συμπτώματα και σημεία (clicking, deviation) (Ingervall και Carlsson 1982, Egermark-Eriksson και συν 1983, Δαμιανάκου 1986, Egermark-Eriksson και συν 1987). Στην δική μας έρευνα αυτό δεν ήταν δυνατό να διερευνηθεί λόγω του μικρού αριθμού των μαρτυρών και των πολλών κατηγοριών συγκλεισιακών ανωμαλιών.

Είναι εμφανές ότι ΔΣΣ σημαίνει διαταραχές του στοματογναθικού συστήματος πολυπαραγοντικής αιτιολογίας, διότι όπως διαπιστώσαμε ούτε ο ψυχολογικός παραγοντας ούτε ο τοπικός δηλ η συγκλειση, μπορούν να απομονωθούν σαν κύριοι αιτιολογικοί και με αυτό το συμπέρασμα συμφωνούν αρκετές σύγχρονες έρευνες (Agerberg και Carlsson 1975, Egermark- Eriksson και συν 1983, Ash 1986, Bell 1986, Solberg 1986, Wanman 1987, Lundeen και συν 1988). Οι μελλοντικές έρευνες θα πρέπει να εστιασθούν στην κατανόηση της αλληλεπίδρασης αυτών των παραγοντών και με ποιο τρόπο είναι δυνατόν να επεμβαίνει κανείς σε αυτήν ώστε να εξασφαλίζει καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα. Επομένως το κύριο ερώτημα για την αιτιοπαθογένεια των διαταραχών του στοματογναθικού συστήματος δεν είναι το ποιος παραγοντας είναι υπεύθυνος αλλά το ποσοστό ευθύνης και συμμετοχής του καθενός στην αιτιολογία της ΔΣΣ (Rugh 1982).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

1. Απο τα αποτελεσματα της εργασίας μας προκύπτει ότι οι ψυχασθενείς δεν εμφανίζουν δυσλειτουργία στοματογναθικού συστήματος με στατιστικά σημαντική διαφορετική συχνότητα σε σύγκριση με ψυχικά υγείς.

2. Ο ψυχολογικός παραγοντας δεν είναι ο μοναδικός αιτιολογικός της ΔΣΣ, ούτε κάποια ιδιαίτερη ψυχική παθήση ευθύνεται για την προκλήση λειτουργικών διαταραχών από το στοματογναθικό σύστημα.

3. Οι συγκλεισιακές διαταραχές στο σύνολο τους δεν φαίνεται να συσχετίζονται με τα σημεία και συμπτώματα της ΔΣΣ.

4. Μεταξύ Αναμνηστικού και Κλινικού Δεικτή κατά Helkimo υπάρχει μια θετική στατιστικά σημαντική συσχέτιση

5. Η αιτιοπαθογένεια της ΔΣΣ είναι πολυπαραγοντική, και δεν υπάρχει κάποιος μοναδικός πρωταρχικός αιτιολογικός παραγοντας.

6. Οι παραπάνω 5 θέσεις μας οδηγούν σε ένα έκτο συμπέρασμα, σημαντικό κατά την άποψη μας, σύμφωνα με το οποίο η αιτιοπαθογένεια των λειτουργικών διαταραχών του στοματογναθικού συστήματος δεν εστιάζεται στο ποιος είναι ο κυρίαρχος αιτιολογικός ή πρωταρχικός παραγοντας γέννησης δυσλειτουργίας, αλλά στο ποσοστό ευθύνης και συμμετοχής ενός εκάστου στην αιτιολογία της δυσλειτουργίας του στοματογναθικού συστήματος.

SUMMARY

The aetiology of functional disorders of the stomatognathic system (TMJ syndrome) still remains a topic of controversy. Two factors, occlusal disharmony and psychologic stress, have been postulated as the main causes of stomatognathic system disturbances.

Psychological disorders are considered to be the primary aetiological factors by several authors. Many studies have assessed the personality and emotional characteristics of TMJ patients, using a variety of inventories and clinical interviews. Although the results suggest that a significant percentage of the patients are predisposed to affective disorders, a causative relationship has not been established.

Other studies have examined the effects of stress on masticatory muscle activity. The published evidence suggests that patients with TMJ disorders respond with an increased and prolonged masticatory muscle activity when exposed to stressful events. However, other studies have shown that, unlike asymptomatic subjects, patients with stomatognathic disorders failed to show muscular hyperactivity secondary to stressful tasks. Psychological conditions such as depression have also been implicated in an attempt to explain why some patients do not respond to conventional therapy.

However, no attempt has been made to approach the matter from an opposite viewpoint, that is to examine whether patients with psychiatric disorders demonstrate a higher prevalence of TMJ disorders.

Therefore, the aims, of this study were to investigate:

1. Whether the psychiatric patients develop TMJ disorders in a higher frequency than healthy subjects.
2. Which psychiatric disorder (or disorders) mainly affect the function of the stomatognathic system.
3. Whether a psychological factor is a true cause of TMJ disorders.

MATERIALS AND METHOD

This study was carried out in the Department of Psychiatry, NIMTS Hospital of Athens, in collaboration with the Department of the Stomatognathic Physiology, Athens University Dental School.

Patients were allocated in two groups:

1. Psychiatric group:

This consisted of 58 patients, 24 men and 34 women of age ranging between 30 to 80 years. The group was determined by a psychiatrist and classified with the DSM III criteria of the American Psychiatric Association in the following categories:

- a. Patients with organic brain syndrome (Patient number: 4)
- b. Patients with residual schizophrenic disorder (Patient number: 6)
- c. Patients with paranoid disorder (Patient number: 2)
- d. Patients with affective disorder:
 - Cyclothymic disorder (Patient number: 4)
 - Dysthymic disorder (Patient number: 19)
- e. Patients with anxiety disorders:
 - Generalized anxiety disorder (Patient number: 12)
 - Obsessive compulsive disorder (Patient number: 1)
- f. Patients with adjustment disorders (Patient number: 10)

2. Control group:

24 subjects without any psychiatric disorder, 13 men and 11 women, of age between 40 to 85 years. This group was selected to match the psychiatric group in socio-economic characteristics.

Both groups were examined by the principal investigator (dentist) and by the psychiatrist. Dental assessment included a special anamnestic questionnaire and clinical examination of the stomatognathic system. The Anamnestic, Clinical and Occlusal Indices of Helkimo were in this way derived from the findings.

RESULTS

The following tests were used for data analysis.

Chi square test with Yates correction for comparison of the Dysfunction Index between the two groups.

Logistic regression analysis for the evaluation of the impact of the age on the Dysfunction Index.

The results demonstrated that:

Psychiatric patients did not show any statistically significant difference in signs and symptoms as compared with healthy subjects.

There is a positive and significant correlation between Helkimo's Anamnestic and Clinical Dysfunction Indices.

There is no significant correlation between either Anamnestic or Clinical Dysfunction Index and Occlusal disharmony.

CONCLUSIONS

1. Psychiatric patients do not appear to suffer from dysfunction of the stomatognathic system in a higher proportion than healthy subjects.
2. The occlusal disturbances do not correlate with the signs and symptoms of the stomatognathic system dysfunction.
3. None of the considered psychiatric disorders appear to be responsible for dysfunction of the stomatognathic system.
4. There is no evidence indicating that a single cause of the TMJ disorder will ever be found. It is possible that we are dealing with multiple etiological factors. Thus, the crucial question is not which factor is the cause, but rather which factor is mainly involved in the pathogenesis of stomatognathic system functional disorders.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Agerberg G., and Carlsson G. E. : Functional disorders of the masticatory system. I. Distribution of symptoms according to age and sex as judged from investigation by questionnaire. Acta.Odontol. Scand. 30: 597-613, 1972.
2. Agerberg G., and Carlsson G.E. : Functional disorders of the masticatory system. II. Symptoms in relation to impaired mobility of the mandible as judged from investigation by questionnaire. Acta. Odontol. Scand. 31: 335-347, 1973.
3. Agerberg G., and Carlsson G.E. : Late results of treatment of functional disorders of the masticatory system. J. Oral. Rehab 1: 309-316, 1974.
4. Agerberg G., and Carlsson G.E. : Symptoms of functional disturbances of the masticatory system. A comparison of frequencies in a population sample and in a group of patients. Acta. Odontol. Scand. 33: 183-190, 1975.
5. American Psychiatric Assosiation. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition. Washington D.C. 1980.
6. Armitage P. : Statistical Methods in Medical Research. Oxford, Blackwell Scientific Publications. 1971.
7. Ash M.M. : Current concepts in the aetiology diagnosis and treatment of TMJ and muscle dysfunction. J. Oral. Rehab. 13: 1-20, 1986.
8. Bell W.E. : Classification of temporomandibular disorders. In: Temporomandibular Disorders. Classification- Diagnosis- Management. Bell W.E.(eds). Year Book. Medical Publishers, INC. Chicago. London. pp 172-214, 1986.
9. Belser U.C. and Hannam A.G. : The influence of altered working side, occlusal guidance on masticatory muscles and related jaw movement. J. Prost. Dent. 53, 3: 406-413, 1985.

10. Bowley J. E. and Gale E.N. : Experimental masticatory muscle pain. J. Dent. Res. 66, 12: 1765-1769, 1987.
11. Cameron O.E. : Observation on the patients of anxiety. Amer. J. Psychiat. 101: 36, 1944.
12. Carlsson G. E. : Epidemiological studies of signs and symptoms of temporomandibular joint pain dysfunction. A literature review. Austr. Prosthodont. Soc. Bull. 14: 7-12, 1984.
13. Carlsson G.E., and Droukas B.Ch. : Dental occlusion and the health of the stomatognathic system. A literature review. J. Cranioman. Pract. 2: 142-147, 1984.
14. Carlsson G.E., Egermark-Eriksson J., and Magnusson T.: Intra and inter-observer variation in functional examination of the masticatory system. Swed. Dent. J. 4: 187-194, 1980.
15. Carlsson G.E., Ingervall B., Lewin T., and Molin C. : Relation between functional disturbances of the masticatory system and some anthropometric, physiological and psychological variables in young Swedish men. J. Oral. Rehab. 3: 305-310, 1976.
16. Carlsson G.E., Kopp S., and Wedel A. : Analysis of background variables in 350 patients with TMJ disorders as reported in self administered questionnaire. Comm Dent. Oral.Epid. 10: 47-51, 1982.
17. Costen J. B. : A syndrome of ear and sinus symptoms dependent upon disturbed function of the temporomandibular joint. Ann. Oral. Rhino. Laryngol. 43: 1-15, 1934.
18. Δαμιανακου Χ. : Μελετη του επιπολασμου σημειων και συμπτωμων της δυσλειτουργιας του στοματογναθικου συστηματος σε παιδια με ορθοδοντικα προβληματα. Διδακτορικη Διατριβη. Αθηνα. σελ 55-82, 1986.
19. Dawson P.E. : Evaluation, diagnosis and treatment of occlusal problems. C.V. Mosby Co., St Louis. 1974.

20. De Boever J.A. : Functional disturbances of Temporomandibular Joint. In: Temporomandibular Joint. Function and Dysfunction. Zarb A.G., and Carlsson G.E., (eds). Munksgaard. Copenhagen. pp 193-214, 1979.
21. De Boever J.A. and Adriaens P.A. : Occlusal relationship in patients with pain-dysfunction in the temporomandibular joints. J. Oral.Reh. 10: 1-7, 1983
22. Dordick B., and Gallon R. : Development of a model to study bruxism in the laboratory. J. Dent. Res. 57, (Special Issue A): 366, Abstract*1165, 1978.
23. Δρουκας Β., και Lindee C. : Κριτική ανασκόπηση των βασικών αρχών θεραπείας των λειτουργικών διαταραχών του στοματογναθικού συστήματος. Οδοντοστοματολογική Προοδος. 38: 5-20, 1984.
24. Droukas B., Lindee Ch., and Carlsson G.E. : Relationship between occlusal factors and signs and symptoms of mandibular dysfunction. A clinical study of 48 dental students. Acta. Odont. Scand. 42: 277-283, 1984.
25. Droukas B., Lindee Ch., and Carlsson G.E. : Occlusion and mandibular dysfunction: A clinical study of patients referred for functional disturbances of the masticatory system. J. Prost. Dent. 53, 3: 402-406, 1985.
26. Duinkerke ASH., Luteijn F., Bowman T.K., and Jong H.D. de: Relations between TMJ pain dysfunction syndrome (PDS) and some psychologic and biographic variables. Comm. Dent. Oral. Epid. 13: 185-189, 1985.
27. Dworkin S.F., and Burgess J.A. : Orofacial pain of psychogenic origin: current concepts and classification. J.A.D.A. 115: 565-570, 1987.
28. Edmiston G.F., and Laskin D.M. : Changes in consistency of occlusal contact in myofascial pain dysfunction (MPD) syndrome. J. Dent. Res. 1: 27-30, 1978.
29. Egermark-Eriksson J., Carlsson G.E., and Ingervall B. : Prevalence of mandibular dysfunction and orofacial parafunction in 7-11 and 15 year old Swedish children. Eur. J. Orthod. 3: 163-172, 1981.

30. Egermark-Eriksson J., Carlsson G.E., and Magnusson T. : A long- term epidemiologic study of the relationship between occlusal factors and mandibular dysfunction in children and adolescents. *J. Dent. Res.* 66, 1: 67-71, 1987.
31. Egermark-Eriksson J., Ingervall B., and Carlsson G.E. : The depence of mandibular dysfunction in children on functional and morfologic malocclusion. *Amer. J. Orthod.* 83: 187-194, 1983.
32. Engel G.L. : Primary atypical facial neuralgia. *Psychosom. Med.* 13: 375, 1951.
33. Evaskus D.S., and Laskin D.M. : A biochemical measure of stress in patients with myofascial pain dysfunction syndrome. *J. Dent. Res.* 51: 1464-1466, 1972.
34. Fearon C.G., Serwatka W.J. : Stress: A common denominator for non organic TMJ pain dysfunction. *J. Prost. Dent.* 49, 6: 805-808, 1983.
35. Feinmann C., Harris M., and Cawley R. : Psychogenic facial pain: presentation and treatment . *Brit. Med. J.* 288: 436-438, 1984.
36. Fienberg S.E. : The analysis of cross-classified categorial data (2nd edit). In: MIT Press. Cambridge-U.S.A, 1980.
37. Fine E.W. : Psychological factors associated with non organic temporomandibular joint pain dysfunction syndrome. *Brit. Dent. J.* 131: 402-404, 1971.
38. Finlayson R.S., Rugh J.D., and Dolwick M.F. : Electromyography of myofascial pain patients and controls in the natural enviroment. *J. Dent. Res.* 61: 277 Abstract*887, 1982.
39. Fisbain D.A., Goldberg M., Meagher B.R., Steele R., Rosomoff H. : Male and Female Chronic Pain Patients Categorized by DSM-III Psychiatric Diagnostic Criteria. *Pain.* 26: 181-197, 1986.

40. Fordyce W.F. : Behavioral methods for chronic pain and illness. St. Louis, C.V. Mosby, 1976.
41. Forssell H., Kirveskari P., and Kangasniemi P. : Effect of occlusal adjustment on mandibular dysfunction. A double blind study. *Acta. Odontol. Scand.* 44: 63-69, 1986.
42. Gale E.N. : Psychological characteristics of long-term female temporomandibular joint pain patients. *J. Dent. Res.* 57, 3: 481-483, 1978.
43. Geering A. : Occlusal interferences and functional disturbances of the masticatory system. *J Clin. Periodont.* 1: 112-119, 1974.
44. Geissler P.R. : An investigation of the stress factor in the mandibular dysfunction syndrome. *J. Dent.* 13, 4: 283-287, 1985.
45. Gessel A. H. : Electromyographic biofeedback and tricyclic antidepressants in myofascial pain dysfunction syndrome: psychological predictors of outcome. *J.A.D.A.* 1907: 932-936, 1975.
46. Greene C.S. : A survey of current professional concepts and pinions about the myofascial pain-dysfunction (MPD) syndrome. *J.A.D.A.* 86: 128-136, 1973.
47. Greene C.S., and Laskin D.M. : Methobamate therapy for the myofascial pain dysfunction (MPD) syndrome: a double blind evaluation. *J.A.D.A.* 82: 587-590, 1971.
48. Greene C.S., Olson R.E., and Laskin D.M. : Psychological factor in the etiology, progression and treatment of MPD syndrome. *J.A.D.A.* 105: 443-448, 1982.
49. Goodman P., Greene C.S., and Laskin D.M. : Response of patients with myofascial pain dysfunction syndrome to mock equilibration. *J.A.D.A.* 92,4: 755-758, 1976.
50. Gross A., and Gale E.N. : A prevalence study of the clinical signs associated with mandibular dysfunction. *J.A.D.A.* 107: 932-936, 1983.

51. Gross S.M., and Vacchiano R.B. : Personality correlates of patients with temporomandibular joint dysfunction. *J. Prost. Dent.* 30, 3: 326-329, 1973.
52. Hackett T.P., and Hackett E.M. : Major psychiatric disorders. In: *Harrisons Principles of Internal Medicine*. Tenth Edition. Petersdorf, Adams, Braunwald, Isselbacher, Martin, Wilson, (eds). International Student Edition. p 2209-2212, 1985.
53. Helkimo M. (a) : Studies on function and dysfunction of the masticatory system. I. An epidemiological investigation of symptoms of dysfunction in Lapps in the North of Finland. *Proc. Fin. Dent. Assoc.* 70: 37-49, 1974.
54. Helkimo M. (b) : Studies on function and dysfunction of the masticatory system. II. Index for anamnestic and clinical dysfunction and occlusal state. *Swed. Dent. J.* 67: 101-121, 1974.
55. Helkimo M. (c) : Studies on function and dysfunction of the masticatory system. III. Analyses of anamnestic and clinical recording of dysfunction with the aid of indices. *Swed. Dent. J.* 67: 165-182, 1974.
56. Helkimo M. : Epidemiological surveys of dysfunction of the masticatory system. In: *Temporomandibular Joint. Function and Dysfunction*. Zarb G.A., and Carlsson G.E., (eds). Munksgaard. Copenhagen. p 175-182, 1979.
57. Helkimo M., Ingervall B., and Carlsson G.E. : Comparison of different methods in active and passive recording of the retruded position of the mandible. *Scand. J. Dent. Res.* 81: 265, 1973.
58. Heloe B., and Heloe L.A. : Frequency and distribution of Myofascial Pain Dysfunction Syndrome, in a population of 25 years old. *Comm. Dent. Oral. Epid.* 7: 357-360, 1979.
59. Heloe B., Heiberg A.N., and Krogstad B.S. (a) : A multiprofessional study of patients with myofascial pain dysfunction syndrome. I. *Acta. Odont. Scand.* 38: 109-127, 1980.

60. Heloe B., and Heiberg A.N. (b): A multiprofessional study of patients with myofascial pain dysfunction syndrome. II. Acta. Odont. Scand. 38: 119-128, 1980.
61. Ingervall B., and Carlsson G.E. : Masticatory muscle activity before and after elimination of balancing side occlusal interference. J. Oral. Reh. 9: 183-192, 1982.
62. Kaban L.B., Belfer M.L. : Temporomandibular joint dysfunction: an occasional manifestation of serious psychopathology. J. Oral. Surg. 39: 742-746, 1981.
63. Κανονης Γ. : Επιδημιολογική έρευνα της διασπορας της δυσλειτουργίας της κροταφογναθικής διαρθρώσεως στον πληθυσμο της περιοχής Αθηνas-Πειραια. Διατριβή για Διδακτορία. Αθηνas. 1983.
64. Kaye L.B., Moran J.H., and Fritz M.E. : Statistical analysis of an urbom population of 236 patients with head and neck pain. II. Patient symptomatology. J. Period. 50: 59-65, 1979.
65. Kendall M.G. : Rank Correlation Methods, 4th edit. London, Griffin. 1970.
66. Κοιδης Π. : Συμβολή στη μελέτη της σχέσης μεταξύ αγχους και συμπτωματολογίας της δυσλειτουργίας του στοματογναθικού συστήματος. Διδακτορική Διατριβή. Θεσσαλονίκη. 1984.
67. Kopp S., and Wenneberg B. : Intra and inter observer variability in the assessment of signs of disorder in the stomatognathic system. Swed. Dent. J. 7: 239-246, 1981.
68. Kydd L.W. : Psychosomatic aspects of temporomandibular joint dysfunction. J.A.D.A. 59: 31-44, 1959.
69. Laskin D.M. : Etiology of the pain dysfunction syndrome. J.A.D.A. 79: 147-153, 1969.

70. Laskin D.M. : Myofascial pain dysfunction syndrome: etiology. In: The Temporomandibular Joint. Sarnat B.G., and Laskin D.M., (eds). Springfield, IL, Charles C. Thomas. 1980.
71. Laskin D.M., and Block S. : Diagnosis and treatment of myofascial pain dysfunction (MPD) syndrome. J. Prost. Dent. 56, 7: 75-84, 1986.
72. Laskin D.M., and Greene C.S : Influence of the doctor-patient relationship on placebo therapy for patients with myofascial pain dysfunction (MPD) syndrome. J.A.D.A. 85, 4: 892-894, 1972.
73. Lefer L. : A psychoanalytic view of a dental phenomenon. Psychosomatics of the temporomandibular joint pain dysfunction syndrome. Contemp. Psychoanalysis. 2: 135-150, 1966.
74. Lefer L. : Psychic stress and the oral cavity. Postgrad. Med. 49: 171-175, 1971.
75. Λιακος Α. : Μαθηματα Ψυχιατρικης. Κ. Στεφανης. Αθηνα. 1973.
76. Lous J. : The importance of reffered pain in myogenic headache. Headache. 16: 119-122, 1976.
77. Lundeen T.F., Levitt S.R., and McKinney M.W. : Evaluation of temporomandibular joint disorders by clinical ratings. J. Prost. Dent. 59, 2: 202-211, 1988.
78. Lupton E.D. : Psychological aspects of temporomandibular joint dysfunction. J.A.D.A. 79: 131-136, 1969.
79. Magnusson T. : I. Prevalence of recurrent headache and mandibular dysfunction with unsatisfactory complete dentures. Comm. Dent. Oral. Epid. 8: 159-164, 1980.
80. Magnusson T., and Carlsson G.E. (a) : Recurrent headaches in relation to temporomandibular joint pain dysfunction. Acta. Odont. Scand. 36: 333-338, 1978.

81. Magnusson T., and Carlsson G.E. (b) : Comparison between two groups of patients in respect of headache and mandibular dysfunction. *Swed. Dent. J.* 2: 85-92, 1978.
82. Magnusson T., and Carlsson G.E. : Changes in recurrent headaches and mandibular dysfunction after various types of dental treatment. *Acta. Odont. Scand.* 38: 311-320, 1980.
83. Magnusson T., Egermark-Eriksson J., and Carlsson G.E. : Four-year longitudinal study of signs and symptoms of mandibular dysfunction in children. *Comm. Dent. Oral. Epid.* 13: 117-120, 1985.
84. Magnusson T., Egermark-Eriksson J., and Carlsson G.E. : Five-year longitudinal study of signs and symptoms of mandibular dysfunction in 119 young adults. *J. Craniomand. Pract.* 4: 338-344, 1986.
85. Magnusson T., and Enbom L. : Signs and symptoms of mandibular dysfunction after introduction of experimental balancing side interferences. *Acta. Odont. Scand.* 42: 129-135, 1984.
86. Malow R.M., Grimm L., and Olson R.E. : Differences in pain perception between myofascial pain dysfunction patients and normal subjects: a signal detection analysis. *J. Psychosom. Res.* 24, 6: 303-309, 1980.
87. Manns A., Chan C., and Miralles R. : Influence of group function and canine guidance on electromyographic activity of elevator muscles. *J. Prost. Dent.* 57, 4: 494-501, 1987.
88. Marbach J., and Lipton J.A. : Aspects of illness behavior in patients with facial pain. *J.A.D.A.* 96: 630-638, 1978.
89. Maruyama J., Miyauchi S., and Umekoji E. : Analysis of the mandibular relationship of TMJ dysfunction patients using the Mandibular Kinesiograph. *J. Oral. Reh.* 69: 217-223, 1982.
90. Mc Call M.C., Szmyd L., and Ritter R.M. (1961): Personality characteristics in patients with temporomandibular joint symptoms. *J.A.D.A.* 62: 694-698, 1982.

91. Mc Namara D.C. : Occlusal adjustment for physiologically balanced occlusion. *J. Prost. Dent.* 38: 284-293, 1977.
92. Mercuri L.G., Olson R.E., and Laskin D.M. : The Specifity of Response to Experimental Stress in Patients with Myofascial Pain Dysfunction Syndrome. *J. Dent. Res.* 1866-1871, 1979.
93. Molin C., Edman G., and Scalling D. : Psychological studies of patients with mandibular pain dysfunction syndrome (MDS). II. Tolerance for experimentally induced pain. *Swed. Dent. J.* 66: 15-23, 1973.
94. Mongini F. : The Stomatognathic System. Function, Dysfunction and Rehabilitation. Quintessence Publ. Co. Inc. 1984.
95. Morawa A.P., Loos P.J., and Easton J.W. : Temporomandibular joint dysfunction in children and adolescents: incidence, diagnosis and treatment. *Quintessence. Int.* 11:771-777 (36 ref), 1985.
96. Moss R.A., Adams H.E. : The assessment of personality anxiety and depression in mandibular pain dysfunction subjects. *J. Oral. Reh.* 11: 233-235, 1984.
97. Moulton R.E. : Psychiatric consideration in maxillofacial pain. *J.A.D.A.* 51: 408-414, 1955.
98. Nishioka G.J., and Montgomery M.T. : Masticatory muscle hyperactivity in temporomandibular disorders: is it an extrapyramidally expressed disorder? *J.A.D.A.* 116: 514-520, 1988.
99. Olson R.E., and Scwhartz R. A. : Depression in patients with myofascial pain dysfunction syndrome. *J. Dent. Res.* 56. (special issue B): B 160. Abstr. n: 434, 1977.
100. Perry H.T., Lammie G.A., Main J., and Teuscher G.W. : Occlusion in a stress situation. *J.A.D.A.* 60: 78/626-85/633, 1960.

101. Pomp A.M. : Psychotherapy for the myofascial pain dysfunction syndrome: a study of factors coinciding with symptom remission. J.A.D.A. 89: 629-632, 1974.

102. Pullinger A.G., Seligman D.A., and Solberg W.K. (a) : Temporomandibular disorders. Part I: Functional status, dentomorphologic features and sex differences in a nonpatient population. J. Prost. Dent. 59, 2: 228-235, 1988.

103. Pullinger A.G., Seligman D.A., and Solberg W.K. (b) : Temporomandibular disorders. Part II: Occlusal factors associated with temporomandibular joint tenderness and dysfunction. J. Prost. Dent. 59, 3: 363-367, 1988.

104. Randow K., Carlsson K., Edlund J., and Oberg T. : The effect of an occlusal interference on the masticatory system. Odont. Rev. 27: 245-246, 1976.

105. Ramfjord S.D. (a) : Bruxism, a clinical and electromyographic study. J.A.D.A. 62: 36/21- 57/43, 1961.

106. Ramfjord S.P. (b): Dysfunctional temporomandibular joint and muscle pain. J. Prost. Dent. 11: 353-374, 1961.

107. Ramfjord S. and Ash M.M. : Occlusion. 3rd edit. W.B Saunders Co. 1983.

108. Revinghton P.J.D., Peacock T.R., and Kingscote A.D. : Temporomandibular Joint Dysfunction, a case of hysterical trismus. Brit. Dent. J. 19: 55-56, 1985.

109. Rieder C.E., Martinoff J.T., and Wilcox S.A. (a) : The prevalence of mandibular dysfunction . Part I: Sex and age distribution of related signs and symptoms. J. Prost. Dent. 50: 81-88, 1983.

110. Rieder C.E., Martinoff J.T., and Wilcox S.A. (b) : The prevalence of mandibular dysfunction . Part II: A multiphasic dysfunction profile. J. Prost. Dent. 50: 237-244, 1983.

111. Riise C., and Sheikholeslam A. : The influence of experimental interfering occlusal contacts on the postural activity of the anterior temporal and masseter muscles in young adults. *J. Oral. Reh.* 9: 419-425, 1982.
112. Rugh J.D. : Psychological factors in the etiology of masticatory pain and dysfunction. In: President conference on examination-diagnosis-management of TMJ disorders. Laskin et al (eds). ADA 1982.
113. Rugh J.D. and Solberg W.K. : The identification of stressful stimuli in natural environments using a portable biofeedback unit. *Proceedings of Biofeedback Research Society. 5th annual Meeting. Colorado Springs, Colo. February. 1974.*
114. Rugh J.D. and Solberg W.K. : Electromyographic studies of bruxist behavior before and during treatment. *J. Dent. Res.* 54. Abstr. L 563. 1-14, 1975.
115. Rugh J.D. and Solberg W.K. : Psychological implication in temporomandibular pain and dysfunction. In: *Temporomandibular Joint. Function and Dysfunction.* Zarb A.G., and Carlsson G.E., (eds). Munksgaard. Copenhagen. pp 239-268, 1979.
116. Rugh J.D. and Solberg W.K. : Oral health status in the United States: temporomandibular disorders. *J. Dent. Ed.* 49: 398-405, 1985.
117. Scharer P., and Stallard : The effect of an occlusal interference on the tooth contact occurrence during mastication. *Helv. Odont. Acta.* 10: 49-56, 1966.
118. Schumann N.P., Zwiener U., and Nebrich A. : Personality and quantified neuromuscular activity of the masticatory system in patients with temporomandibular joint dysfunction. *J. Oral. Reh.* 15: 35-47, 1988.
119. Schwartz L.L. : A temporomandibular joint pain dysfunction syndrome. *J. Chronic. Dis.* 284-293, 1956.

120. Schwartz R.A. : Personality characteristics of unsuccessfully treated MPD patients. J. Det. Res. 53, (Special Issue): 127. Abstr. *291, 1974.
121. Schwartz R.A., Greene C.S., and Laskin D.M. : Personality characteristics of patients with myofascial pain dysfunction (MPD) syndrome unresponsive to conventional therapy. J. Dent. Res. 58: 1435-1439, 1979.
122. Shipman W.G., Greene C.S., and Laskin D.M. : Correlation of placebo responses and personality characteristics in myofascial pain dysfunction (MPD) patients. J. Psychosom. Res. 18, 6: 475-483, 1974.
123. Sim M., and Gordon E.B. : Basic Psychiatric. Second Edition. Churchill Livingstone. Edinburgh London. 1972.
124. Solberg W.K. : Temporomandibular disorders: Background and the clinical problems. Br. Dent.J. 8: 157-161, 1986.
125. Solberg W.K., Flint R.T., and Brantner J.P. : Temporomandibular joint pain and dysfunction: A clinical study of emotional and occlusal components. j. Prost. Dent. 28: 412-422, 1972.
126. Solberg W.K., Woo M.W., and Houston J.B. : Prevalence of mandibular dysfunction in young adults. J. A.D.A. 98: 25-34, 1979.
127. Speculand B., and Gross A.N. : Psychological factors in temporomandibular joint dysfunction pain. Int. J. Oral. Surg. 14: 131-137, 1985.
128. Stein S., Loft G., Davis H., and Hart D.L. : Personality characteristics of TMJ dysfunction as related to stress measured by the Social Readjustment Rating Scale. J. Prost. Dent. 47, 5: 545-548, 1982.
129. Swinscow T.D.V. : Statistic at Square One. Third Edition. Mac Millan. International College Editions. 1978.
130. Teoh R. : Tardive Dyskinesia. Adverse Drug Reaction Bulletin. No 132: 496-499, 1988.

131. Τριχοπουλος Δ.: Ιατρικη Στατιστικη. Εκδ Παρισιανος. Αθηνα. 1975.
132. Veestergaard Cristensen L. : Facial pain and internal pressure of masseter muscle in experimental bruxism in man. Arch. Oral. Biol. 16: 1021-1031, 1971.
133. Veestergaard Cristensen L. : Some subjective experiential parameters in experimental tooth clenching in man. J. Oral. Reh. 6: 119-136, 1979.
134. Veestergaard Cristensen L. : I. Some electromyographic parameters of experimental tooth clenching in adult human subjects. J. Oral. Reh. 7: 139-146, 1980.
135. Veestergaard Cristensen L. : Progressive jaw muscle fatigue of experimental tooth clenching in man. J Oral. Reh. 8: 413-420, 1981.
136. Wanman A., and Agerberg G. : Headache and dysfunction of the masticatory system in adolescents. Cephalalgia. 6: 247-255, 1986.
137. Wanman A. : Craniomandibular disorders in adolescents. Swed. Dent. J. Supplement 44. 1987.
138. Warman E., Weidman B., Arnold M. : A review of psychological explanations for myofascial pain dysfunction syndrome. J. Oral. Med. 38, 3: 109-112, 1983.
139. Yemm R. (a): Temporomandibular dysfunction and masseter muscle. Response to experimental stress. Brit. Dent. J. 127: 508-510, 1969.
- 140: Yemm R. (b): Variations in the electrical activity of the human masseter muscle occuring in association with emotional stress. Arch. Oral. Biol. 14: 873-878, 1969.
- 141: Yemm R. : Comparison of the activity of left and right maseter muscles of normal individuals and patients with mandibular dysfunction during experimental stress. J. Dent. Res. 50, 3: 1320-1323, 1971.
- 142: Yemm R. : Neurophysiologic studies of temporomandibular joint dysfunction. Oral. Sci. Rev. 1:31-51, 1976.

143. Zarb G.A. : Mandibular (TMJO) dysfunction in young adults. J. Dent. Res. 58: 1532. Special Issue A, Abstr *242, 1979.

144. Zarb G.A. : Change of section title from "Temporomandibular Joint and Occlusion" to "Craniomandibular Function and Dysfunction". J. Prost. Dent. 54: 568, 1985.

145. Zarb G.A., and Speck J.E. : The treatment of mandibular dysfunction. In: Temporomandibular Joint. Function and Dysfunction. Zarb A.G., and Carlsson G.E., (eds). Munksgaard. Copenhagen. p 373-376, 1979.

146: Zimmerman A.A. : An evaluation of Costens syndrome from an anatomic point of view. In: Sarnat B.G., (ed): The Temporomandibular Joint. Charles C., Thomas, Springfield. III ,82. 1951.