

Streszczenie rozprawy doktorskiej mgr Joanny Biegańskiej-Banaś pt. „Wpływ bólu na funkcje poznawcze i jakość życia pacjentów z zaburzeniami czynnościowymi narządu żucia”

Wprowadzenie. Ból mięśniowo-powięziowy towarzyszący zaburzeniom czynnościowym narządu żucia jest powszechnie uznanym za zaburzenie psychosomatyczne. Pomimo to ocena psychologiczna oraz dalsze oddziaływania psychologiczne i psychoterapeutyczne wciąż nie wchodzą w zakres tzw. złotego standardu (ang. gold standard) diagnostyki i leczenia pacjentów zmagającymi się z codziennymi uciążliwościami towarzyszącymi tego rodzaju zaburzeniom. Znajduje to odzwierciedlenie w ograniczonym monitorowaniu funkcjonowania psychospołecznego oraz poznawczego pacjentów tej grupy klinicznej, wyrażonym relatywnie niewielką ilością prac empirycznych poświęconych tym zagadnieniom.

Cel badań. Przedstawione w niniejszej pracy artykuły miały na celu opisanie funkcjonowania psychofizycznego i psychospołecznego (artykuł nr 2) oraz funkcjonowania poznawczego (artykuł nr 3) pacjentów z bólową postacią zaburzeń czynnościowych narządu żucia o przewadze komponenty mięśniowej, a także zmian w ww. sferach funkcjonowania, które stanowią następstwo kilkutygodniowej, kompleksowej terapii ukierunkowanej m.in. na redukcję dolegliwości bólowych (artykuł nr 4). Jednym z elementów tak rozumianej terapii są oddziaływania psychoedukacyjne ujęte w program psychoedukacyjny opracowany i stosowany w Pracowni Zaburzeń Czynnościowych Narządu Żucia Katedry i Poradni Protetyki Uniwersytetu Jagiellońskiego – Collegium Medicum w Krakowie, który został opisany w artykule nr 1. Ostatnim z celów tej pracy było poznanie potencjalnych współzmienności jakości życia uzależnionej od stanu zdrowia oraz funkcjonowania poznawczego pacjentów z zaburzeniami czynnościowymi narządu żucia o przewadze komponenty mięśniowej (artykuł nr 5). *Metoda.* Wyjściowo grupę badawczą stanowiło 87 pacjentów z zaburzeniami czynnościowymi narządu żucia o przewadze komponenty mięśniowej obojga płci, w wieku od 18 do 75 lat. 45 pacjentów z tej grupy badawczej wzięło udział w procedurze badania dwukrotnie, tj. przed rozpoczęciem kompleksowej terapii (uwzględniającej program psychoedukacyjny) oraz po jej zakończeniu. W tej grupie badawczej 23 pacjentów prezentowało bólową postać zaburzenia, natomiast 22 pacjentów pozostawało bez dolegliwości bólowych będących w związku z zaburzeniami. Procedura badania uwzględniała wykorzystanie kwestionariuszy psychologicznych oraz skal klinicznych stanowiących miary dolegliwości bólowych (arkusz socjodemograficzno-objawowy, skala wzrokowo-analogowa VAS, Arkusz Oceny Bólu) oraz szacowanej jakości życia zależnej od stanu zdrowia (Profil Wpływu Zdrowia Jamy Ustnej OHIP), jak również testów psychologicznych typu papier-ołówek oraz komputerowych prób klinicznych ukierunkowanych na pomiar funkcji poznawczych, w tym: Testu 15 Słów Reya RAVLT, Testu Uwagi i Spostrzegawczości TUS, Powtarzanie Cyfr - podtestu WAIS-R(PL), Testu Łączenia Punktów TMT, Testu Fluencji Słownej TFS, Testu Sortowania Kart z Wisconsin WCST, prób go/no go. *Wyniki.* Wyniki badań wskazują, iż zaburzeniom czynnościowym narządu żucia o przewadze komponenty mięśniowej z współwystępującym bólem chronicznym towarzyszy ogólnie niższa jakość życia pacjentów aniżeli zaburzeniom pozbawionym w obrazie patologicznym chronicznego bólu. Niższej jakości życia sprzyja ciągłość doświadczania tego rodzaju bólu, większa świadomość czynników

zmieniających doświadczenia bólowe, wyższe szacowania wartości maksymalnej i minimalnej intensywności doświadczanego bólu oraz doświadczanie bólu przez pryzmat przeżywanych emocji. Niższa jakość życia towarzyszy wyższej, chronicznej, bolesności obszarów czołowego, zlokalizowanego w okolicy górnej przedniej ściany twarzy, oraz skroniowego, zlokalizowanego w okolicy dolno-bocznej ściany twarzy. Dominującymi zaburzeniami funkcjonowania poznawczego pacjentów z chronicznym bólem mięśniowym właściwymi zaburzeniom czynnościowym narządu żucia są zaburzenia funkcji wykonawczych. Kompleksowej terapii zaburzeń czynnościowych narządu żucia, uwzględniającej m.in. oddziaływania fizjoterapeutyczne oraz psychoedukacyjne, towarzyszy wyraźna poprawa funkcjonowania poznawczego pacjentów, głównie w odniesieniu do funkcji uwagowych. Zmianom w funkcjonowaniu poznawczym towarzyszą zmiany w szacowanej jakości życia zależnej od stanu zdrowia, przy czym pozostają one zróżnicowane w zależności od funkcji poznawczych oraz obszarów jakości życia. *Wnioski.* Ważny element pracy terapeutycznej stomatologa, sprzyjającej poprawie jakości życia pacjentów z zaburzeniami narządu żucia o przewadze komponenty mięśniowej doświadczających chronicznego bólu, stanowią działania zmierzające do możliwie szybkiej redukcji dolegliwości bólowych, obejmujące w szczególności okolice górnej i środkowej części twarzoczaszki. Istotna jest również praca na rzecz zmniejszenia koncentracji pacjentów na doświadczaniu przewlekłego bólu w przebiegu ww. zaburzeń. Proces diagnostyczno-terapeutyczny powinien uwzględniać monitorowanie nie tylko fizycznych czy społeczno-emocjonalnych aspektów doświadczanych zaburzeń, lecz także stanu funkcji kontrolnych (wykonawczych) i uwagowych pacjentów. Uwzględnienie wiedzy o ewentualnie osłabionych funkcjach poznawczych pacjentów, a w uzasadnionych przypadkach również wprowadzenie kompleksowych oddziaływań psychologicznych (czy neuropsychologicznych) ukierunkowanych na ich usprawnienie, może zoptymalizować efekty leczenia, wpłynąć na proces normalizację tych objawów, a także zwiększyć zaangażowanie pacjentów w proponowaną terapię.

Słowa klucze: zaburzenia czynnościowe narządu żucia, ból przewlekły, funkcjonowanie poznawcze, jakość życia zależna od stanu zdrowia, psychoedukacja

SUMMARY

Introduction. Myofascial pain typical of temporomandibular disorders with the predominance of the muscle component is commonly recognized as a psychosomatic disorder. Despite this, neither psychological diagnosis, nor psychological and psychotherapeutic methods of the treatment, has yet become a golden standard of care for patients struggling with the daily nuisances of this type of disorder. This is reflected in the limited focus on the psychosocial and cognitive functioning of patients in this clinical group as well in a relatively small amount of empirical work dedicated to this issue. *Purpose of research.* The articles presented in this work were intended to describe psychophysical and psychosocial functioning (article 2) as well as cognitive functioning (article 3) of patients with temporomandibular disorders with the predominance of muscle component and to assess changes that follow several weeks of comprehensive therapy aimed at, among other things, pain reduction (article 4). This therapy included the psychoeducational programme described and applied at the Department of Dental

Prosthetics, Consulting Room of Temporomandibular Joint Dysfunction, Jagiellonian University, Medical College described in article 1. The final aim of the work was to draw attention to potential covariation between the quality of life of patients depending on their health and cognitive functioning (article 5). *Method.* Initially, the research group consisted of 87 patients with temporomandibular disorders with a predominance of muscular components of both sexes, aged 18 to 75, of which 45 patients (23 patients with a painful form of the disorder and 22 patients without pain related to the disorder) participated twice in the procedure, i.e. before the start of a comprehensive therapy (including the psychoeducational programme) and after its completion. Methods employed within presented studies included the use of psychological questionnaires and clinical scales measuring current and/or past pain related factors (sociodemographic-symptomatic sheet, VAS visual analogue scale, Pain Assessment Sheet) as well as quality of life of patients with stomatognathic system dysfunction (OHIP Health Profiles). A battery of paper-pencil psychological tests and computerized clinical trials was also employed in order to assess cognitive functioning of patients in question: RAVLT, TUS, Repeating Digits (WAIS-R (PL) subscale), Point Bonding Test, Verbal Fluency Test, WCST, go/no-go. *Results.* The results of the study indicate that temporomandibular disorders with the predominance of the muscle component with the comorbid chronic pain are accompanied by a generally lower quality of life of patients compared to disorders deprived of pathological chronic pain. A lower quality of life is facilitated by the consistency of pain experience, greater awareness of factors changing the pain experience, higher estimated maximum and minimum intensity of experienced pain, and experiencing pain through the prism of experienced emotions. A lower quality of life is accompanied by a stronger and chronic pain located in the area of the upper part of the craniofacial region (frontal area, temporal area). The dominant cognitive problems relating to patients with chronic muscular pain associated with temporomandibular disorders concentrate on their executive functions. Comprehensive therapy of temporomandibular disorders, including physiotherapeutic and psychoeducational aspects of treatment improves cognitive functioning of patients, mainly in relation to attention. Changes in the perceived health-related quality of life, which is due to the progress of therapeutic interventions and accompanying changes in cognitive functioning, remain diversified in relation to cognitive functions and quality of life areas. *Conclusions.* Reduction of pain, especially relating to the upper and middle parts of the craniofacial region, in a possibly fast way is an important part of dental treatment that bears on a possible improvement in quality of life of patients with temporomandibular disorders with the predominance of the muscle component who suffer from a chronic pain. Another important element of the treatment is to reduce patients' focus on the chronic pain experience they suffer from. Diagnostic and herapeutic

process should not be limited to monitoring physical and socio-emotional aspects of those suffering from the disorder, executive as well as attention functioning ought to be monitored as well. Accounting for an impairment of cognitive functions in this group of patients, followed by an extensive psychological or neuropsychological therapy (if justified) aimed at their improvement, may help optimizing effects of treatment, influence normalization of negative symptoms as well as increase patients' involvement in therapy.

Key words: temporomandibular disorders, chronic pain, cognitive functioning, health-related quality of life, psychoeducation