

ОБЗОРЫ

DOI: 10.23888/humJ2026142271-287

ЭВОЛЮЦИЯ ЗАРУБЕЖНЫХ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ К ЛЕЧЕНИЮ БРУКСИЗМА: ОБЗОР ПРЕДМЕТНОГО ПОЛЯ

THE EVOLUTION OF FOREIGN PSYCHOLOGICAL APPROACHES TO THE TREATMENT OF BRUXISM: A REVIEW OF THE SUBJECT FIELD

Дубинская А.Д.^{1,2}

¹Международный университет восстановительной медицины, Москва, Российская Федерация

²Клиника нейромышечной реабилитации «Ревитоника», Москва, Российская Федерация

Dubinskaya A.D.^{1,2}

¹ International University of Restorative Medicine, Moscow, Russian Federation

² Clinic of Neuromuscular Rehabilitation "Revitonica", Moscow, Russian Federation

Аннотация:

Обоснование. Актуальность исследования обусловлена широкой распространенностью бруксизма (непроизвольного сжатия челюстей и/или скрежетания зубами вследствие эпизодического сокращения жевательных мышц) как сложного расстройства, влияющего на стоматологические, неврологические и психологические аспекты и существенно снижающего качество жизни и социальную активность. Несмотря на очевидную роль хронического стресса, тревожных и депрессивных состояний в патогенезе бруксизма, в его лечении доминируют классические стоматологические методы, которые оказывают преимущественно симптоматическими и не устраняют первопричину, что ведет к частым рецидивам. Необходима интеграция психологических стратегий в современные схемы лечения.

Abstract:

Background: The relevance of this study is determined by the widespread prevalence of bruxism (involuntary clenching of the jaws and/or teeth grinding due to episodic contraction of the masticatory muscles) as a complex disorder affecting dental, neurological, and psychological domains, significantly reducing quality of life and social activity. Despite the evident role of chronic stress, anxiety, and depressive states in the pathogenesis of bruxism, its treatment is dominated by classic dental methods, which prove to be predominantly symptomatic and do not address the root cause, leading to frequent relapses. The integration of psychological strategies into contemporary treatment protocols is necessary.

Aim: To conduct a historical analysis of the evolution of international psychological approaches to bruxism treatment, including changes in the types

Цель. Исторический анализ эволюции международных психологических подходов к лечению бруксизма, включая изменения в типах психотерапевтических методов и степени их интеграции в общие терапевтические стратегии, а также выявление современных тенденций в коррекции бруксизма.

Методы. Применен сравнительный и контент-анализ литературных данных с выделением исторических этапов.

Результаты. Проанализировано 53 источника, включая систематические обзоры, рандомизированные исследования, практические руководства, международные консенсусы по бруксизму.

Заключение. Анализ показал, что ранние методы коррекции бруксизма были преимущественно поведенческими, ориентировались на ортодонтические устройства и биологическую обратную связь; с 1990-х гг. акцент сместился к персонализированной КПТ и далее – биопсихосоциальной модели, которая в настоящее время требует существенной доработки и междисциплинарной координации.

Ключевые слова:

бруксизм; хронический стресс; когнитивно-поведенческая терапия; биопсихосоциальная модель; психологическая коррекция бруксизма.

of psychotherapeutic methods and the degree of their integration into overall therapeutic strategies, and to identify current trends in bruxism management.

Methods: A comparative and content analysis of the literature was used, with highlighting historical stages.

Results: Fifty-three sources were analyzed, including systematic reviews, randomized studies, clinical guidelines, and international consensuses on bruxism.

Conclusion: The analysis revealed that early bruxism management methods were predominantly behavioral, focused on orthodontic devices and biofeedback; since the 1990s, the emphasis has shifted toward personalized cognitive-behavioral therapy and subsequently to a biopsychosocial model, which currently requires substantial refinement and interdisciplinary coordination.

Keywords:

bruxism; chronic stress; cognitive-behavioral therapy; biopsychosocial model; psychological correction of bruxism.

Обоснование

Актуальность проблемы бруксизма обусловлена его высокой распространенностью и сложностью патогенеза, затрагивающего стоматологические, неврологические и психологические аспекты. Бруксизм диагностируется у 6-33% взрослого населения и может проявляться не только болями и дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС), но и выраженными нарушениями качества жизни, самооценки, социальной активности [1].

Современные исследования однозначно выделяют ведущую роль хронического стресса, тревожности и депрессивных состояний в формировании психосоматической природы бруксизма [2].

С учетом того, что классические стоматологические методы, такие как использование кап, окклюзионных шин и ботулинотерапии, зачастую оказываются направленными преимущественно на временное купирование симптомов бруксизма и

не устраняют его первопричину, отмечается высокая вероятность рецидива [3-5]. В связи с этим, интеграция психологических подходов признана необходимым компонентом современной коррекции бруксизма [6;7].

Несмотря на большое количество научных работ, проблема бруксизма до сих пор недостаточно изучена как на теоретическом, так и на прикладном уровне. По-прежнему отсутствует научный консенсус по вопросам оптимального сочетания стоматологических и психологических вмешательств, а опыт междисциплинарного сотрудничества специалистов остается несистематизированным. Доказательная база эффективности когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) при бруксизме также ограничена из-за разнородности протоколов, их труднодоступности, малых исследуемых выборок, что не позволяет выработать единые клинические стандарты и интегрировать полученные результаты в повседневную практику [8;9].

В этой связи особенно важными становятся систематизация и анализ мирового опыта, который позволяет выделить наиболее эффективные направления психологической коррекции и сформировать единые принципы междисциплинарного взаимодействия при коррекции бруксизма.

Цель

Исторический анализ эволюции психологических подходов к лечению бруксизма, включая изменения в типах психотерапевтических методов и степени их интеграции в общие терапевтические стратегии, а также выявление современных направлений в коррекции бруксизма.

Для достижения этой цели в обзоре ставятся следующие **задачи**:

- классифицировать основные исторические этапы психологических подходов и вклад ведущих научных школ,
- выявить причины исторической смены парадигм в коррекции бруксизма,
- обозначить существующие ограничения когнитивно-поведенческой и биопсихологической моделей в коррекции бруксизма.

Гипотеза сформулирована следующим образом: включение психологических стратегий в протоколы лечения бруксизма повышает эффективность терапии по сравнению с изолированным применением традиционных стоматологических методов, хотя широкое внедрение такой интеграции затрудняется отсутствием унифицированных междисциплинарных стандартов, недостаточно полной доказательной базой и организационными сложностями во взаимодействии специалистов разных профилей.

Методы

Поиск и отбор публикаций осуществлялся в англоязычных базах данных (PubMed, Cochrane Library, Lens.org, Google Scholar) в период с мая по декабрь 2025 года и охватывал зарубежные работы, опубликованные с 1960-х годов по 2025 год включительно.

Стратегия поиска строилась на базе двух категорий:

1. Клиническая проблема (бруксизм, височно-нижнечелюстные расстройства, орофациальная боль).
2. Тип вмешательства (когнитивно-поведенческая терапия и другие психологические и соматические методы, включая физиотерапию, шины и ботулинотерапию).

Поиск осуществлялся по полям заглавий, аннотации и ключевых слов (title, abstract, key words). Основной интегрированный запрос включал комбинацию следующих ключевых слов:

- клиническая проблема: bruxism, sleep bruxism, awake bruxism, temporomandibular disorders, TMD, orofacial pain.

- тип вмешательства: cognitive-behavioral therapy, cognitive behavioral therapy, behavioral therapy, psychotherapy, psychological intervention, psychosocial intervention, stress management, biofeedback, relaxation, coping strategies, physical therapy, physiotherapy, non-pharmacological interventions, occlusal splints, oral splints, intraoral appliance, botulinum toxin, botulinum neurotoxin.

Поиск дополнялся анализом списков литературы в ключевых систематических обзорах, клинических рекомендациях и международных консенсусах по бруксизму и височно-нижнечелюстным расстройствам, что позволило найти дополнительные источники.

Критерии включения:

1. тематическая направленность: исследования, обзоры, клинические руководства, в которых рассматривались клинические, психологические или фармакотерапевтические аспекты лечения или коррекции бруксизма;
2. тип публикаций: фундаментальные теоретические работы, оригинальные исследования (рандомизированные контролируемые исследования, когортные и пилотные исследования), систематические обзоры и метаанализы, нарративные обзоры, клинические руководства, международные консенсусы;
3. язык публикации: русский и английский;
4. наличие доступа к полному тексту статьи;
5. взрослые пациенты.

Критерии исключения:

1. работы, в которых бруксизм упоминался косвенно, например, в контексте работ по гипертонусу жевательных мышц (m. masseter);
2. исследования, целиком посвящённые исключительно стоматологическим аспектам (например, только анализу окклюзионных кап или ортодонтических вмешательств определенной марки);
3. дублирующиеся публикации (повторы статей в разных базах);
4. отсутствие доступа к полнотекстовой версии.

На первом этапе по результатам поисковых запросов в указанных базах данных было выявлено 594 публикации. После удаления дубликатов осталось 376 источников.

На втором этапе проводился отбор по названиям и аннотациям: исключались работы, в которых бруксизм упоминался как сопутствующее состояние, а также статьи, не содержавшие никаких данных о психологических, социальных или немедикаментозных вмешательствах. На этом этапе было отобрано 115 публикаций для анализа полных текстов.

По итогам детальной оценки содержания было исключено 62 работы по следующим основаниям:

отсутствие концептуальной значимости для понимания эволюции психологических подходов к лечению бруксизма;

недостаточная ассоциация с тематикой связи между бруксизмом и эмоциональным состоянием;

описательный характер без дизайна исследования или статистического анализа;

бруксизм рассматривается как часть общего симптомокомплекса напряжения жевательных мышц;

малые выборки (10-15 человек) и единичные клинические случаи.

Особое внимание уделялось работам ведущих авторов и представителей научных школ (Dworkin S. F., Manfredini D., Turner J. A. и др.), оказавших существенное влияние на формирование биопсихосоциальной и когнитивно-поведенческой парадигмы в терапии бруксизма.

В результате в итоговый анализ было включено 53 источника, отражающих эволюцию теории и практики психологических подходов к коррекции бруксизма, включая систематические обзоры, метаанализы, клинические руководства, международные консенсусы, рандомизированные контролируемые исследования (РКИ), другие оригинальные эмпирические работы и фундаментальные теоретические публикации.

Результаты

В ходе анализа литературы были выявлены следующие ключевые этапы становления и трансформации стратегий лечения бруксизма:

Этап I. 1960-1990 гг.: формирование и доминирование бихевиоральных моделей в коррекции бруксизма

Исторический анализ литературы по коррекции соматических расстройств в 1960-1980-е гг. свидетельствует, что данный этап характеризовался доминированием бихевиоральных моделей в коррекции бруксизма. Теоретическую основу западных исследований составляли биологические концепции стресса, среди них – теория общего адаптационного синдрома Ганса Селье и генетически-конституциональные теории стресса [10;11]. Основное внимание в коррекции в этот период уделялось поведенческим моделям и прикладным методам терапии, которые включали мышечную релаксацию, биологическую обратную связь, гипноз [12-15].

Когнитивное направление находилось на стадии формирования. Так, в научной литературе отмечалось общее влияние различных эмоционально-психологических факторов на патогенез соматических расстройств (стресс, депрессия, тревожность), однако личностные профили пациентов и психодиагностика, применяемые к бруксизму, еще не были ясны [16;17].

Первой научной попыткой рандомизированной оценки психологических методов при бруксизме стала работа профессора стоматологии Casas J. M. и соавторов [18]. В данной работе сравнивали два подхода: индивидуальные консультации по снижению стресса и тренинги с использованием биологической обратной связи. Результаты показали, что оба метода сходным образом уменьшают активность жевательных мышц.

Важно отметить, что преобладание малых выборок и отсутствие стандартизированных протоколов в исследованиях 1960-1990-х гг. отражают не столько методологические недостатки, сколько естественный процесс становления данного научного направления. Проведение крупных рандомизированных исследований было затруднено не только отсутствием чётких концептуальных рамок, но и недостаточной разработанностью диагностических инструментов.

Вместе с тем, пилотные и экспериментальные работы этого периода сыграли ключевую роль в становлении направления. Исследования Kardachi B. J. и Clarke N. G. (1977) по биологической обратной связи, работа Cannistraci A. J. (1976) по методикам осознанного поведенческого контроля бруксизма и диссертация McManus T. A. (1980) по коррекции ночного бруксизма явились необходимой основой для формирования гипотез и выделения перспективных направлений для дальнейшего развития психологических подходов в стоматологии [12-15].

Несмотря на то, что когнитивно-поведенческая терапия уже к 1970-1980-м гг. занимала ведущие позиции в общей психотерапевтической практике, интеграция КПТ в сферу стоматологии началась значительно позже – с конца 1980-х – начала 1990-х гг. До этого периода наблюдались отдельные пилотные и эмпирические попытки применения психологических методов в контексте лечения бруксизма.

Этап II. 1990-2000-е гг.: расхождение стоматологической и психологической школ

Конец XX века характеризовался отсутствием единой междисциплинарной модели лечения: стоматологический подход продолжал доминировать, тогда как психологические методы, включая отдельные элементы когнитивно-поведенческой терапии, применялись лишь как дополнительные меры и редко становились основой для стандартных клинических протоколов. Широкое применение стоматологических методов – кап, шин и окклюзионных конструкций – определяло стандарты коррекции, тогда как психотерапевтические технологии рассматривались лишь как вспомогательные направления [19-22].

В то же время в клинической психологии стремительно развивалась идея биопсихосоциального подхода к хронической боли и психосоматическим расстройствам, однако внедрение этих принципов в стоматологическую практику происходило значительно медленнее [23]. Так, исследования пионеров в этой

области – Turk D. C., Rudy T. E., Zaki H. S. – показали, что бруксизм обусловлен не только физиологическими причинами, но и социально-психологическими факторами, а также склонностью к катастрофизирующему типу мышления [24;25]. Работы этих ученых акцентировали биопсихосоциальный характер бруксизма, где психологические и эмоциональные особенности пациента существенно влияют на проявление и течение симптомов.

Особый вклад в развитие персонализированной когнитивно-поведенческой терапии для пациентов с хронической лицевой болью и бруксизмом внесла профессор клинической психологии Turner J. В своих исследованиях она изучала проблему индивидуальных психологических особенностей и копинг-стратегий, способствующих развитию бруксизма, особое внимание уделяя таким факторам, как склонность к катастрофизирующему типу мышления, низкая самооффективность и неэффективные паттерны совладания со стрессом [26-28].

Клиническое доказательство эффективности КПТ в этот период продемонстрировали Oakley J. K. и соавторы, показав устойчивый терапевтический эффект психотерапии у пациентов с височно-нижнечелюстными расстройствами (включая бруксизм), которым не помогало стандартное стоматологическое лечение [29].

В данный период активное развитие получила психометрическая диагностика бруксизма и нарушений ВНЧС. Один из ведущих мировых специалистов в области психосоматики Dworkin S. F. внес ключевой вклад в междисциплинарную диагностику. Он впервые разработал классификацию расстройств височно-нижнечелюстного сустава RDC/TMD (Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders), в которой объединились стоматологические и психометрические показатели бруксизма [30].

Относительно низкая доказательность психологических подходов в 1990-2000-е гг. была обусловлена переходным характером исследований. С одной стороны, в этот период уже была сформулирована биопсихосоциальная модель психосоматических расстройств и продемонстрирована важность когнитивных и эмоциональных факторов (катастрофизация, низкая самооффективность, неэффективные копинг-стратегии) в возникновении бруксизма. С другой стороны, большинство клинических исследований оставались методологически разнородными: небольшие выборки, смешанные выборки пациентов с различными ВНЧС-расстройствами, комбинированные вмешательства, а также отсутствие единых стандартов исходов и длительного наблюдения. В результате даже те работы, которые демонстрировали положительный эффект сочетания психотерапевтических методов с традиционными стоматологическими вмешательствами, обеспечивали скорее концептуальные, чем строго доказательные основания. С учетом того, что психологические вмешательства часто рассматривались как вспомогательные, а не как самостоятельное терапевтическое направление, это сдерживало развитие крупных рандомизированных исследований.

Таким образом, 1990-2000-е гг. стали временем параллельного развития стоматологической и психологической школ, что привело к отсутствию единого эффективного подхода к лечению бруксизма. Стоматология сосредоточилась на

аппаратных и ортопедических методах, а психологическая наука – на когнитивно-поведенческих и биопсихосоциальных стратегиях. В этот период специалисты обеих областей действовали самостоятельно, а идея необходимости их взаимодействия только начинала формироваться.

Этап III. 2000-2010-е гг.: новая парадигма: от фармакотерапии к комплексному подходу

Во втором десятилетии XXI века накопились данные, указывающие на ограниченную терапевтическую эффективность традиционных стоматологических методов коррекции бруксизма, таких как окклюзионные капы, шины и сплинты [31-33]. Эти устройства эффективно защищали зубы от износа, однако лишь в малой степени воздействовали на предполагаемые центральные патогенетические механизмы бруксизма.

В ряде клинических наблюдений и исследований с небольшими выборками отмечалось, что после прекращения использования кап и шин симптомы бруксизма нередко возвращались, а в некоторых случаях описывались случаи того, как длительное ношение кап может поддерживать поведенческий паттерн стискивания зубов за счёт субъективного ощущения безопасности для зубов [34]. Однако выводы основаны преимущественно на наблюдательных данных и небольших выборках, поэтому должны интерпретироваться с осторожностью.

В связи с этим научное и клиническое сообщество сосредоточило усилия на поиске новых подходов к лечению пациентов с бруксизмом, вследствие чего наблюдалось широкое использование фармакологических методов, в первую очередь связанных с использованием ботулинического токсина [35;36]. Поворотным моментом в терапии бруксизма в 2000-2010-е гг. стало научное признание ведущей роли центральной нервной системы в развитии этого расстройства [31;37]. Именно это открытие стало стимулом для возвращения интереса к когнитивно-поведенческой терапии как к методу, способному воздействовать на ключевые механизмы бруксизма и обеспечивать долгосрочные клинические эффекты.

В этот период стали активно разрабатываться КПТ-протоколы, эффективность которых была подтверждена в ряде рандомизированных исследований [38-40]. Однако большинство этих работ также характеризовалось малыми выборками, различиями в структуре вмешательств и используемых исходах, что ограничивает возможность обобщения результатов и требует осторожности при оценке силы доказательств.

Таким образом, 2000-2010-е гг. ознаменовали переход к более комплексному и патогенетически обоснованному подходу к коррекции бруксизма, с постепенным смещением акцента от исключительно стоматологических и фармакологических методов к интеграции психологических стратегий. При этом накопленная к настоящему моменту доказательная база в отношении эффективности КПТ при бруксизме остаётся перспективной, но методологически ограниченной, что подчёркивает необходимость дальнейших крупных, хорошо спланированных РКИ.

Этап IV. 2010 гг. – н.в.: от разрозненных методов к биопсихосоциальной модели

В последние два десятилетия стал формироваться целостный мультидисциплинарный подход к терапии бруксизма, объединяющий стоматологию, миофункциональную ортодонтию, психологию и реабилитационную медицину. Такой сдвиг связан с тем, что даже признанные золотым стандартом методы, в частности – ботулотоксин, имеют существенные ограничения: осложнения, долгосрочные последствия многократных инъекций, асимметрия лица, слабость жевательных мышц и т. д. [41-43].

В результате классические методы коррекции бруксизма – окклюзионные капы и инъекции ботулотоксина – все чаще оказывались неэффективными, что побудило специалистов искать более результативные междисциплинарные подходы на пересечении биологических, психологических и социальных факторов.

Ключевым популяризатором и разработчиком биопсихосоциальной парадигмы применительно к бруксизму и височно-нижнечелюстным расстройствам стал итальянский ученый Manfredini D., который рассматривал бруксизм как многофакторное расстройство, зависящее от взаимодействия стоматологических, неврологических, психологических и социальных детерминант [43-45;56]. Такая модель принципиально изменила клиническую практику.

В 2013 году французскими учеными было опубликовано первое теоретико-практическое руководство по когнитивно-поведенческой терапии бруксизма с пошаговой схемой КПТ: обучение, когнитивная реструктуризация, коррекция поведенческих паттернов, релаксация, самонаблюдение [46]. Однако на текущий момент теоретическое руководство пока недостаточно подкреплено клиническими случаями, что ограничивает применение этого руководства на практике.

Дальнейший рост клинических исследований в 2015-2025 гг. подтвердил эффективность психологических вмешательств в терапии бруксизма. В ряде РКИ показано, что включение КПТ и стресс-ориентированных вмешательств связано со снижением боли, мышечной активности и уровня тревожности [8;45-47]. Эти результаты дополнительно обобщены в систематическом обзоре и метаанализе Iwasaki S. и соавторов (2018), где показано, что КПТ может приводить к клинически значимому уменьшению болевого синдрома и улучшению психологических показателей по сравнению со стандартным лечением [47]. Вместе с тем, авторы обзора подчёркивают, что большинство включённых исследований по-прежнему характеризуется малыми выборками, разнородностью протоколов и ограниченной длительностью наблюдения, что требует большой осторожности при интерпретации доказательств.

Международный консенсус под руководством Lobbezoo F. и Manfredini D. (2018) предложил рассматривать бруксизм не как самостоятельное заболевание, а как моторное поведение, имеющее различные клинические значения в зависимости от контекста и сопутствующих состояний, что укрепило позиции биопсихосоциальной модели и сместило акцент с «локального» стоматологического взгляда к системному подходу [48].

В настоящее время все современные международные клинические руководства и авторитетные обзоры признают важность включения психотерапевтических и поведенческих вмешательств в мультидисциплинарные протоколы лечения бруксизма [3;8;49-51]. Появляются инструменты для комплексного социально-психологического скрининга (опросники по тревоге, депрессии, копинг-стратегиям) для выявления групп пациентов с бруксизмом [52;53].

Ограничения доказательной базы когнитивно-поведенческой терапии

Несмотря на растущий интерес к психологической коррекции соматических заболеваний, доказательная база его эффективности при бруксизме остаётся разрозненной. Так, рандомизированные исследования используют принципиально разные подходы КПТ: в одних исследованиях делается акцент на изменении мышления, в других – на техниках управления стрессом, в-третьих – на комбинировании нескольких компонентов. Различаются также количество сеансов (от 4 до 16 встреч), формат проведения (индивидуальные консультации, групповые занятия, онлайн-программы) и комбинирование с другими методами (ортодонтическое лечение, биологическая обратная связь, фармакотерапия). В результате в разных исследованиях сравниваются фактически разные коррекции, что затрудняет понимание того, что именно помогает пациентам и по какой причине.

Большинство РКИ проводилось на малых выборках (20-80 участников), что недостаточно для надёжного выявления различий между группами. Период наблюдения в большинстве работ ограничен 3-6 месяцами, что не позволяет оценить долгосрочное сохранение эффекта КПТ. Кроме того, в данном обзоре не проводилась формальная оценка риска смещения по валидизированным шкалам (RoB 2 – для РКИ, AMSTAR – для обзоров), поэтому мы не можем объективно судить о надёжности результатов каждого исследования.

Таким образом, психологические вмешательства при бруксизме показывают перспективность, однако их нельзя рассматривать как вмешательства с доказанной высокой эффективностью. Остаются открытыми критические вопросы: превосходит ли КПТ стандартное стоматологическое лечение, является ли она дополнением к другим методам, и какой эффект сохраняется в долгосрочной перспективе. Для ответов на эти вопросы необходимо проведение полноценного многоцентрового рандомизированного контролируемого исследования с соблюдением методологических стандартов.

Ограничения биопсихосоциальной модели

Биопсихосоциальная модель в лечении бруксизма, несмотря на свою теоретическую универсальность, сталкивается с существенными трудностями практической реализации и вопросами по разделению ответственности между специалистами.

На практике границы между задачами врача-стоматолога и клинического психолога остаются размытыми: зачастую неясно, кто должен инициировать диагностику и коррекцию эмоциональных и поведенческих компонентов бруксизма [51-53]. Это приводит к фрагментации помощи, когда врачи и психологи действуют в рамках собственной компетенции, а междисциплинарное взаимодействие становится формальным.

Кроме этого, психологическая коррекция получает признание как часть современной терапии бруксизма в мультидисциплинарном ключе, но самостоятельно пока не является методом первой линии. Требуются стандартизация, повышение качества исследований и системное внедрение для раскрытия ее потенциала наравне с соматическими и поведенческими вмешательствами.

Обсуждение

Анализ эволюции международных психологических подходов к лечению бруксизма подтвердил, что на протяжении последних десятилетий терапия этого расстройства прошла сложный путь – от преимущественно поведенческих и стоматологических стратегий к междисциплинарным, биопсихосоциальным моделям, учитывающим роль психологических факторов в его возникновении.

Включение психологической коррекции может не только облегчить проявления гипертонуса жевательных мышц, но и воздействовать на ключевые триггеры болезни, связанные с хроническим стрессом, тревожностью и нарушениями адаптации, что подтверждается данными современных РКИ и метаанализов.

Несмотря на то, что когнитивно-поведенческая терапия доказала свою эффективность для уменьшения выраженности симптомов, снижения мышечной активности и купирования болевого синдрома при бруксизме, на текущий момент практика её интеграции с классическими стоматологическими методами остаётся ограниченной из-за отсутствия единых протоколов, недостаточной доказательной базы и междисциплинарной координации.

Критической проблемой следует считать отсутствие единого стандартного протокола КПП для бруксизма. Хотя в 2013 году было опубликовано теоретическое руководство с пошаговой схемой, оно слабо подкреплено клиническими случаями и реальным опытом применения. В результате медицинские психологи разрабатывают свои, индивидуально адаптированные программы на основе общих принципов КПП, что затрудняет стандартизацию подхода, воспроизведение методик и самостоятельное обучение по готовым материалам. Разработка единого, открыто опубликованного, валидизированного протокола КПП специально для бруксизма является приоритетной задачей.

В настоящее время отсутствует чёткий психологический портрет пациента с бруксизмом с описанием его характерологических черт, типичных паттернов мышления, копинг-стратегий и личностных особенностей. Без такого портрета невозможно определить, какие пациенты будут наиболее восприимчивы к КПП, какой

именно компонент психотерапии окажется для них оптимальным, как персонализировать вмешательство. Разработка детального психологического профиля пациентов также является приоритетной задачей для оптимизации психологических вмешательств медицинским психологом.

В публикациях последних лет подчёркивается важность не только выявления сопутствующих эмоциональных нарушений, но и раннего мультидисциплинарного взаимодействия при формировании индивидуального плана лечения, включая скрининг стресса, тревожности, депрессии, а также обучение пациентов навыкам саморегуляции и осознанности. Разработка и внедрение единых стандартов психологической коррекции бруксизма, а также накопление статистически значимых данных позволят в будущем оптимизировать лечение бруксизма и существенно повысить качество жизни пациентов.

Заключение

1. Результаты исторического анализа подтвердили эволюцию психологических подходов к лечению бруксизма: от преимущественно поведенческих методов (релаксация, биологическая обратная связь, стресс-менеджмент) к когнитивно-поведенческой терапии и дальнейшему переходу к биопсихосоциальной модели, которая признаёт многофакторную природу расстройства и требует участия стоматологов, психологов, неврологов и других специалистов.

2. Внедрение психологических стратегий способствует более комплексной и эффективной терапии бруксизма, однако ограничения современных моделей (разнородность протоколов КПТ, недостаточность доказательной базы и организационные барьеры взаимодействия между психологами и врачами-стоматологами) по-прежнему мешают широкому внедрению комплексных терапевтических протоколов.

3. Установлено, что современная когнитивно-поведенческая терапия бруксизма требует стандартизированных рекомендаций, наличия открытых кейсов по ведению пациентов и прикладных методических пособий.

4. Перспективными направлениями признаны расширение доказательной базы по психологической коррекции бруксизма, более четкое определение функций специалистов и развитие эффективного межпрофессионального взаимодействия.

5. Выявлено, что биопсихосоциальная модель коррекции бруксизма сталкивается с трудностями практической реализации, включая нечеткое распределение ответственности между участниками процесса и фрагментарность междисциплинарного взаимодействия. Эти обстоятельства указывают на необходимость совершенствования и систематизации клинических подходов к коррекции бруксизма.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ | REFERENCES:

1. Archer AB, Da-Cas CD, Valesan LF, et al. Prevalence of awake bruxism in the adult population: a systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Investig.* 2023;27(12):7007-7018. doi: [10.1007/s00784-023-05302-w](https://doi.org/10.1007/s00784-023-05302-w)
2. Polmann H, Réus JC, Massignan C, et al. Association between sleep bruxism and stress symptoms in adults: a systematic review and meta-analysis. *J Oral Rehabil.* 2021;48(5):621-631. doi: [10.1111/joor.13142](https://doi.org/10.1111/joor.13142)
3. Lobbezoo F, Ahlberg J, Raphael KG, et al. International consensus on the assessment of bruxism: report of a work in progress. *J Oral Rehabil.* 2018;45(11):837-844. doi: [10.1111/joor.12663](https://doi.org/10.1111/joor.12663)
4. Cruse B, Dharmadasa T, White E, et al. Efficacy of botulinum toxin type A in the targeted treatment of sleep bruxism: a double-blind, randomised, placebo-controlled, cross-over study. *BMJ Neurol Open.* 2022;4(2):e000328. doi: [10.1136/bmjno-2022-000328](https://doi.org/10.1136/bmjno-2022-000328)
5. Albagieh H, Alomran I, Binakresh A, et al. Occlusal splints—types and effectiveness in temporomandibular disorder management. *Saudi Dent J.* 2023;35(1):70-79. doi: [10.1016/j.sdentj.2022.12.013](https://doi.org/10.1016/j.sdentj.2022.12.013)
6. Nagi R, Ravipati V, Thakkar R, et al. Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy in Managing Painful Temporomandibular Joint Disorders -A Systematic Review of Randomized Clinical Studies. *Journal of the California Dental Association.* 2025;53(1). doi: [10.1080/19424396.2025.2474834](https://doi.org/10.1080/19424396.2025.2474834)
7. Walczyńska-Dragon K, Grzybowska-Ganszczyk D, Hadzik P, et al. Bruxism as a biopsychosocial disorder: an interdisciplinary cross-sectional study. *J Clin Med.* 2025;14(19):6803. doi: [10.3390/jcm14196803](https://doi.org/10.3390/jcm14196803)
8. Minakuchi H, Fujisawa M, Abe Y, et al. Managements of sleep bruxism in adult: A systematic review. *Japanese Dental Science Review.* 2022;58:124-136. doi: [10.1016/j.jdsr.2022.02.004](https://doi.org/10.1016/j.jdsr.2022.02.004)
9. Assiri HA, Almuawi LF, Asiri BA, Abumelha ST. Bruxism treatment outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Medicine.* 2025;104(49):e46247. doi: [10.1097/MD.00000000000046247](https://doi.org/10.1097/MD.00000000000046247)
10. Selye H. *Stress in health and disease.* Boston: Butterworths; 1976.
11. Fuller JL, Thompson WR. *Foundations of behavior.* St Louis: Mosby; 1978.
12. Kardachi BJ, Clarke NG. The use of biofeedback to control bruxism. *J Periodontol.* 1977;48(10):639-642. doi: [10.1902/jop.1977.48.10.639](https://doi.org/10.1902/jop.1977.48.10.639)
13. Cannistraci AJ. A method to control bruxism: biofeedback-assisted relaxation therapy. *J Am Soc Prev Dent.* 1976;6(6):12-15.
14. McManus TA. A behavioral program for the management of nocturnal bruxism [PhD thesis]. California School of Professional Psychology; 1980. Available from: <https://www.proquest.com/openview/f4faf5e5b769a75ae298158bd28c9dfe/1>
15. Cherasia M, Parks L. Suggestions for use of behavioral measures in treating bruxism. *Psychol Rep.* 1986;58(3):719-722. doi: [10.2466/pr0.1986.58.3.719](https://doi.org/10.2466/pr0.1986.58.3.719)
16. Rao SM, Glaros AG. Electromyographic correlates of experimentally induced stress in diurnal bruxists and normals. *J Dent Res.* 1979;58(9):1872-1878. doi: [10.1177/00220345790580090501](https://doi.org/10.1177/00220345790580090501)
17. Turner JA, Romano JM. Chronic pain and depression: does the evidence support a relationship? *Psychol Bull.* 1985;97(1):18-34.
18. Cplacebo pilot studasas JM, Beemsterboer P, Clark GT. A comparison of stress-reduction behavioral counseling and contingent nocturnal EMG feedback for the treatment of bruxism. *Behav Res Ther.* 1982;20(1):9-15. doi: [10.1016/0005-7967\(82\)90003-1](https://doi.org/10.1016/0005-7967(82)90003-1)
19. Pierce CJ, Gale EN. A comparison of different treatments for nocturnal bruxism. *J Dent Res.* 1988;67(3):597-601. doi: [10.1177/00220345880670031501](https://doi.org/10.1177/00220345880670031501)
20. Somer E. Hypnotherapy in the treatment of the chronic nocturnal use of a dental splint prescribed for bruxism. *Int J Clin Exp Hypn.* 1991;39(3):145-154. doi: [10.1080/00207149108409631](https://doi.org/10.1080/00207149108409631)
21. Dao TT, Lavigne GJ. Oral splints: the crutches for temporomandibular disorders and bruxism? *Crit Rev Oral Biol Med.* 1998;9(3):345-361. doi: [10.1177/10454411980090030701](https://doi.org/10.1177/10454411980090030701)
22. Lobbezoo F, van der Zaag J, van Selms MKA, Hamburger HL, Naeije M. Principles for the management of bruxism. *J Oral Rehabil.* 2008;35(7):509-523. doi: [10.1111/j.1365-2842.2008.01853.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2842.2008.01853.x)
23. Gatchel RJ, Peng YB, Peters ML, et al. The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychol Bull.* 2007;133(4):581-624. doi: [10.1037/0033-2909.133.4.581](https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.4.581) EDN: MKVYMP
24. Turk DC. Psychosocial and behavioral assessment of patients with temporomandibular disorders: diagnostic and treatment implications.

- Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 1997;83(1):65-71. doi: [10.1016/s1079-2104\(97\)90093-7](https://doi.org/10.1016/s1079-2104(97)90093-7)
25. Turk DC, Zaki HS, Rudy TE. Effects of intraoral appliance and biofeedback/stress management alone and in combination in treating pain and depression in patients with temporomandibular disorders. *J Prosthet Dent*. 1993;70(2):158-164. doi: [10.1016/0022-3913\(93\)90012-d](https://doi.org/10.1016/0022-3913(93)90012-d)
26. Turner JA, Romano JM. Chronic pain and depression: does the evidence support a relationship? *Psychol Bull*. 1985;97(1):18-34.
27. Turner JA, Jensen MP, Romano JM. Do beliefs, coping, and catastrophizing independently predict functioning in patients with chronic pain? *Pain*. 2000;85(1-2):115-125. doi: [10.1016/S0304-3959\(99\)00259-6](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(99)00259-6)
28. Turner JA, Dworkin SF, Mancl L, Huggins KH, Truelove EL. The roles of beliefs, catastrophizing, and coping in the functioning of patients with temporomandibular disorders. *Pain*. 2001;92(1-2):41-51. doi: [10.1016/s0304-3959\(00\)00469-3](https://doi.org/10.1016/s0304-3959(00)00469-3)
29. Oakley ME, McCreary CP, Clark GT, Holston S, Glover D, Kashima K. A cognitive-behavioral approach to temporomandibular dysfunction treatment failures: a controlled comparison. *J Orofac Pain*. 1994;8(4):397-401.
30. Dworkin SF, Turner JA, Huggins KH, et al. Tailoring TMD treatment: cognitive-behavioral therapy with usual treatment for dysfunctional cases. Abstract presented at: 9th World Congress on Pain, International Association for the Study of Pain; August 1999; Vienna, Austria.
31. Lobbezoo F, Naeije M. Bruxism is mainly regulated centrally, not peripherally. *J Oral Rehabil*. 2001;28(12):1085-1091. doi: [10.1046/j.1365-2842.2001.00839.x](https://doi.org/10.1046/j.1365-2842.2001.00839.x)
32. Macedo CR, Silva AB, Machado MA, Saconato H, Prado GF. Occlusal splints for treating sleep bruxism (tooth grinding). *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(4):CD005514. doi: [10.1002/14651858.CD005514.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD005514.pub2)
33. Jagger R. The effectiveness of occlusal splints for sleep bruxism. *Evid Based Dent*. 2008;9(1):23. doi: [10.1038/sj.ebd.6400569](https://doi.org/10.1038/sj.ebd.6400569)
34. Orthlieb JD, Tran TNN, Camoin A, Mantout B. Propositions for a cognitive behavioral approach to bruxism management. *Int J Stomatol Occlus Med*. 2013;6(1):6-15. doi: [10.1007/s12548-012-0072-5](https://doi.org/10.1007/s12548-012-0072-5)
35. Lee SJ, McCall WD, Kim YK, Chung SC, Chung JW. Effect of botulinum toxin injection on nocturnal bruxism: a randomized controlled trial. *Am J Phys Med Rehabil*. 2010;89(1):16-23. doi: [10.1097/PHM.0b013e3181bc0c78](https://doi.org/10.1097/PHM.0b013e3181bc0c78)
36. Guarda-Nardini L, Manfredini D, Salmaso L, et al. Efficacy of botulinum toxin in treating myofascial pain in bruxers: a controlled y. *Cranio*. 2008;26(2):126-135. doi: [10.1179/crn.2008.017](https://doi.org/10.1179/crn.2008.017)
37. Kato T, Thie NMR, Huynh N, et al. Topical review: sleep bruxism and the role of peripheral sensory influences. *J Orofac Pain*. 2003;17(3):191-213.
38. Litt MD, Shafer DM, Ibanez CR, et al. Momentary pain and coping in temporomandibular disorder pain: exploring mechanisms of cognitive behavioral treatment for chronic pain. *Pain*. 2009;145(1-2):160-168. doi: [10.1016/j.pain.2009.06.003](https://doi.org/10.1016/j.pain.2009.06.003)
39. Ommerborn MA, Schneider C, Giraki M, et al. Effects of an occlusal splint compared with cognitive-behavioral treatment on sleep bruxism activity. *Eur J Oral Sci*. 2007;115(1):7-14. doi: [10.1111/j.1600-0722.2007.00417.x](https://doi.org/10.1111/j.1600-0722.2007.00417.x)
40. Ohrbach R. Behavioral therapy in TMDs: an evidence-based approach to diagnosis and treatment. In: Laskin DM, Greene C, Hylander W, editors. *Temporomandibular disorders*. Chicago: Quintessence; 2006. P. 391–402. Available from: <https://fomm.amegroups.org/article/view/53499/html>. Accessed: 10.10.2025
41. Ratyna K, Bochenek O, Koper M, et al. Adverse effects of treating bruxism and masseter muscle hypertrophy with botulinum toxin injection: a literature review. *Qual Sport*. 2024;21:54012. doi: [10.12775/QS.2024.21.54012](https://doi.org/10.12775/QS.2024.21.54012)
42. Buzatu R, Luca MM, Castiglione L, Sinescu C. Efficacy and Safety of Botulinum Toxin in the Management of Temporomandibular Symptoms Associated with Sleep Bruxism: A Systematic Review. *Dent J (Basel)*. 2024;12(6):156. doi: [10.3390/dj12060156](https://doi.org/10.3390/dj12060156)
43. Manfredini D, Ahlberg J, Winocur E, Lobbezoo F. Management of sleep bruxism in adults: a qualitative systematic literature review. *J Oral Rehabil*. 2015;42(11):862-874. doi: [10.1111/joor.12322](https://doi.org/10.1111/joor.12322)
44. Manfredini D, Lobbezoo F. Role of psychosocial factors in the etiology of bruxism. *J Orofac Pain*. 2009;23(2):153-166.
45. Manfredini D, Winocur E, Guarda-Nardini L, et al. Epidemiology of bruxism in adults: a systematic review of the literature. *J Orofac Pain*. 2013;27(2):99-110. doi: [10.11607/jop.921](https://doi.org/10.11607/jop.921)
46. Orthlieb JD, Tran TNN, Camoin A, Mantout B. Propositions for a cognitive behavioral approach to bruxism management. *Int J Stomatol Occlus Med*. 2013;6(1):6–15. doi: [10.1007/s12548-012-0072-5](https://doi.org/10.1007/s12548-012-0072-5)

47. Iwasaki S, Shigeishi H, Akita T, et al. Efficacy of cognitive-behavioral therapy for patients with temporomandibular disorders pain-systematic review of previous reports. *Int J Clin Exp Med*. 2018;11(2):500-509.
48. Lobbezoo F, Ahlberg J, Raphael KG, et al. International consensus on the assessment of bruxism: report of a work in progress. *J Oral Rehabil*. 2018;45(11):837-844. doi: [10.1111/joor.12663](https://doi.org/10.1111/joor.12663)
49. Lal SJ, Sankari A, Weber KK. Bruxism management. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482466/>
50. Verhoeff MC, Lobbezoo F, Ahlberg J, et al. Updating the bruxism definitions: report of an international consensus meeting. *J Oral Rehabil*. 2025;52(9):1335-1342. doi: [10.1111/joor.13985](https://doi.org/10.1111/joor.13985)
51. Morales-Lastre CC, Morales-Ramirez AM, Wilches-Visbal JH, Castillo-Pedraza MC. Current view of the clinical management of bruxism in dentistry. *Odontol Int J Dent Sci*. 2025;27(3):10-14.
52. Saracutu OI, Manfredini D, Bracci A, et al. Self-reported mandible bracing and teeth clenching are associated with anxiety and depression traits in a group of healthy young individuals. *J Orofac Pain Headache*. 2024;38(4):85-90. doi: [10.22514/jofph.2024.041](https://doi.org/10.22514/jofph.2024.041)
53. Manfredini D, Ahlberg J, Aarab G, et al. Standardised Tool for the Assessment of Bruxism. *J Oral Rehabil*. 2024;51(1):29-58. doi: [10.1111/joor.13411](https://doi.org/10.1111/joor.13411)

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:

Вклад авторов: А.Д. Дубинская – написание текста, анализ и интерпретация данных, подбор литературных источников. Автор одобрил рукопись (версию для публикации), а также согласился нести ответственность за все аспекты работы, гарантируя надлежащее рассмотрение и решение вопросов, связанных с точностью и добросовестностью любой ее части.

Этическая экспертиза. Проведение этической экспертизы не требовалось, так как исследование носило обзорный характер и не включало участие людей или животных.

Источники финансирования. Отсутствуют.

Оригинальность. При создании настоящей работы авторы не использовали ранее опубликованные тексты, иллюстрации и данные без надлежащего цитирования.

Генеративный искусственный интеллект. При создании настоящей статьи технологии генеративного искусственного интеллекта не использовались.

Рассмотрение и рецензирование. В рецензировании участвовали два рецензента и член редакционной коллегии издания.

ADDITIONAL INFORMATION:

Author contributions: A.D. Dubinskaya: writing the text, analysis and interpretation of data, selection of literature sources. The author approved the manuscript (version for publication) and also agreed to be responsible for all aspects of the work, ensuring that issues related to the accuracy and integrity of any part of the work were properly addressed and resolved.

Ethics approval: Ethical review was not required, as the study was of a review nature and did not involve the participation of humans or animals.

Funding sources: No funding.

Statement of originality: The authors did not use previously published information (text, illustration, data) when creating this work.

Generative AI: Generative AI technologies were not used for this article creation.

Provenance and peer-review: Two reviewers and a member of the editorial board participated in the review.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ:

Дубинская Анастасия Дмитриевна – кандидат психологических наук, доцент кафедры восстановительной медицины и реабилитации.

eLibrary SPIN: 6836-2820. ORCID: [0000-0002-8587-2910](https://orcid.org/0000-0002-8587-2910)

e-mail: dubinskaya@revitonica.ru

INFORMATION ABOUT THE AUTHOR:

Anastasia D. Dubinskaya – Cand. Sci. (Psych.), Associate Professor of the Department of Restorative Medicine and Rehabilitation.

eLibrary SPIN: 6836-2820. ORCID: [0000-0002-8587-2910](https://orcid.org/0000-0002-8587-2910)

e-mail: dubinskaya@revitonica.ru

ДАТА ПОСТУПЛЕНИЯ: 14.10.2025

ДАТА ОДОБРЕНИЯ: 01.04.2026

ДАТА ПУБЛИКАЦИИ: 30.06.2026

PAPER RECEIVED: 14.10.2025

PAPER REVISED: 01.04.2026

PAPER PUBLISHED: 30.06.2026

ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ: Дубинская А.Д. Эволюция зарубежных психологических подходов к лечению бруксизма: обзор предметного поля // *Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие*. 2026. Т. 14, № 2 (53). С. 271–287. Доступно по: <https://humjournal.rzgmu.ru/art&id=684>. Ссылка активна на чч.мм.гггг. doi: [10.23888/humJ2026142271-287](https://doi.org/10.23888/humJ2026142271-287)

FOR CITATION: Dubinskaya AD. The Evolution of Foreign Psychological Approaches to the Treatment of Bruxism: A Review of the Subject Field. *Personality in a Changing World: Health, Adaptation, Development*. 2026;14(2):271–287. Available from: <https://humjournal.rzgmu.ru/art&id=684>. Accessed: dd Month yyyy. doi: [10.23888/humJ2026142271-287](https://doi.org/10.23888/humJ2026142271-287)