

# Bruxismo e Afetos Negativos: um Estudo Sobre Ansiedade, Depressão e Raiva em Pacientes Bruxômanos

*Bruxism and Negative Affects: a Study of Anxiety, Depression and Anger in Bruxer Patients*

Fernanda Barcellos SERRALTA\*  
Patrícia Rosa Rodrigues de FREITAS\*\*

---

SERRALTA, F.B.; FREITAS, P.R.R. de. Bruxismo e afetos negativos: um estudo sobre ansiedade, depressão e raiva em pacientes bruxômanos. JBA, Curitiba, v.2, n.5, p.20-25, jan./mar. 2002.

Com o objetivo de avaliar ansiedade, depressão e raiva em pacientes com bruxismo, foram comparados 20 bruxômanos e 20 não-bruxômanos, utilizando como base os escores obtidos no IDATE, BDI e S.T.A.X.I. Os resultados mostram que existem diferenças significativas entre bruxômanos e controles no que diz respeito à ansiedade-traço, depressão, raiva-para-dentro e ao controle de raiva. Em pacientes bruxômanos, existe correlação entre ansiedade e depressão e entre depressão e raiva, porém não entre ansiedade e raiva. Os resultados confirmam a significância psicológica da região oral na expressão dos afetos negativos.

**UNITERMOS:** Bruxismo; Ansiedade; Depressão; Raiva.

---

## INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, tem-se observado um número cada vez maior de estudos que integram a Psicologia e a Odontologia. Nesse campo, começam a surgir trabalhos sobre os aspectos psicológicos associados às diversas disfunções que abrangem a região craniomandibular. Estudos como o que realizamos com pacientes com dor temporomandibular (SERRALTA *et al.*, 2001) revelam que sintomas psicológicos, com frequência, estão relacionados aos transtornos da esfera orofacial e apontam para a necessidade do odontólogo encaminhar, quando necessário, o paciente a um psicólogo para efetuar tratamento combinado. Também OKINO *et al.* (1990) ressaltam que a maioria dos pacientes com disfunções na articulação temporomandibular necessitam atendimento psicológico especializado, devido à alta interferência do estresse na sintomatologia apresentada.

Como salienta SEGER *et al.* (1998), ainda que possa alertar para uma oclusão anormal, o bruxismo é, muitas vezes, uma expressão do estresse mental, da agressividade e ansiedade, dentre outros fatores psicológicos. Também MOLINA (1989) afirma que os estudos têm revelado que pacientes com bruxismo possuem uma personalidade agressiva, ansiosa e tensa, provavelmente devido a emoções reprimidas em períodos iniciais da vida.

A significação psicológica da zona oral é um importante elemento na com-

---

\* Psicóloga; Mestre em Psicologia Clínica – PUC-RS; Doutoranda em Psiquiatria – UFRGS; Docente Adjunta do Curso de Psicologia da ULBRA – Canoas – RS; Orientadora do Estudo  
\*\* Psicóloga Graduada pela ULBRA – Canoas – RS

preensão do bruxismo. Foi a psicanálise, através dos pioneiros FREUD (1905) e ABRAHAM (1927), que atribuiu à boca a função fundamental de efetuar trocas afetivas com o mundo circundante. Pode-se falar da fase oral como primeira manifestação da sexualidade e da agressividade da criança. A oral de sucção, que domina os primeiros meses de vida infantil, com o aparecimento da dentição, vai dando lugar à sádico-oral, ambivalente, assim denominada pelo prazer que o bebê revela no morder e destruir objetos com a boca.

Também é importante ressaltar que a fase oral corresponde ao período sensorio-motor no desenvolvimento humano. Como bem salientaram SEGER *et al.* (1998), os primeiros sons da criança não estão a serviço da comunicação, mas da descarga de tensão, posteriormente, havendo a aquisição da capacidade de expressar verbalmente idéias e afetos.

Percebe-se, portanto, que a região bucal, por constituir a primeira zona de estimulação e excitação sensorial, fonte primária de experiências de prazer, frustração e dor, ocupa um lugar privilegiado na expressão dos afetos, constituição do caráter e determinação dos hábitos de vida dos indivíduos (por exemplo, roer unha, fumar, morder objetos, etc. constituem resquícios, fixações desse modo primitivo de satisfação).

O bruxismo diz respeito ao desgaste ou ranger dos dentes que, segundo PAIVA *et al.* (1977), não tem um propósito funcional e pode ter início precoce ou tardio. É um apertamento involuntário dos dentes que, associado aos movimentos mandibulares laterais e protrusivos, resulta no rangido e desgaste dos dentes. Seria um hábito freqüente, associado ao estresse emocional ou fadiga, no qual os dentes mandibulares se movem lateralmente ou protrusivamente, enquanto contatam com os dentes maxilares, resultando em padrões de desgaste anormais sobre os dentes.

De acordo com OKESON (1992), as atividades do sistema mastigatório podem ser de dois tipos: funcional, que inclui mastigar, falar, deglutir, e parafuncional, que inclui apertar e ranger os dentes. As atividades parafuncionais podem ocorrer durante o dia e/ou durante a noite: a atividade diurna consiste em apertar e ranger os dentes, assim como também outros hábitos que a pessoa faz sem perceber, como, por exemplo, morder a bochecha e a língua, chupar o dedo, etc.; a atividade noturna divide-se em episódios unitários, chamados de aperto, e contrações rítmicas, chamadas de bruxismo. Como é comum ocorrerem juntas, denominam-se somente bruxismo.

Ainda que a maioria das pessoas, em alguma época de sua vida, realize atividade de bruxismo (NÓBILO *et al.*, 2000), é a repetição periódica e crônica que caracteriza a patologia. Segundo MOLINA (1989), nos indivíduos que

não apresentam a patologia do bruxismo, os dentes ficam em contato, no máximo, 2 horas em um período de 24 horas. Já nos bruxômanos, os dentes ficam em contato por, pelo menos, 10 horas no mesmo período. Devido a essa pressão mandibular é que ocorre o aparecimento da dor e o incômodo sentido na boca.

De modo geral, o bruxismo é considerado uma disfunção psicossomática multifatorial, causada tanto pela oclusão anormal como por fatores psicológicos. Entretanto, como afirmam NÓBILO *et al.* (2000), as interpretações dos autores são ainda confusas quanto à etiologia, prevalência e forma de tratamento adequada ao bruxismo.

Sabe-se que uma característica marcante dos pacientes denominados psicossomáticos é a perturbação da vida de fantasia, manifesta numa incapacidade de exteriorizar adequadamente a agressão e processar a angústia: o paciente exibe o que teóricos da psicossomática denominam “alexitimia” e “pensamento operatório”, ou seja, uma dificuldade de sentir e nomear as emoções e um pensamento orientado para a realidade externa, pragmático e pobre em representações carregadas de afetos (MARTY, 1993; SILVA & CALDEIRA, 1992).

Com base nessas considerações preliminares, o objetivo desse estudo é o de ampliar a compreensão do bruxismo através da investigação da ansiedade, depressão e modos de expressão da raiva em pacientes bruxômanos em comparação com não-bruxômanos.

## MATERIAIS E MÉTODO

Foram coletados dados de 20 pacientes consecutivos, de ambos os sexos e idade variável, que buscaram atendimento no ambulatório de cirurgia bucofacial do Hospital Independência em Porto Alegre e pacientes do Ambulatório Odontológico da Ulbra (Universidade Luterana do Brasil, em Canoas), com diagnóstico de bruxismo. O grupo controle foi constituído por pacientes odontológicos que procuraram os serviços supracitados por motivos diversos e que não apresentavam bruxismo. Todos os sujeitos possuíam, pelo menos, 5 anos de escolaridade.

Todos os pacientes avaliados foram informados dos objetivos do estudo e consentiram livremente em participar da pesquisa.

Para selecionar e caracterizar a amostra, foram utilizados os dados de prontuário (diagnóstico) e um questionário com dados demográficos.

Para avaliação de ansiedade, raiva e depressão, foram utilizados, respectivamente, o Inventário de Ansiedade Traço-Estado, IDATE, o Inventário de Expressão de Raiva como Traço e Estado, S.T.A.X.I., e o Inventário de Depressão de Beck, BDI.

O IDATE, de autoria de Charles Spielberger, traduzido

e validado para o Brasil por BIAGGIO & NATALÍCIO (1979), é composto de duas escalas distintas de auto-relatório, com 20 itens cada, elaborados para medir dois conceitos distintos de ansiedade: estado e traço.

O S.T.A.X.I., de autoria de Charles Spielberger, traduzido e adaptado para o Brasil por BIAGGIO (1992), é um instrumento de 44 itens que avaliam os diversos componentes da raiva através de duas escalas e seis sub-escalas: estado de raiva, traço de raiva, temperamento raivoso, reação de raiva, raiva para dentro, raiva para fora, controle da raiva e expressão de raiva. Tem como objetivo a avaliação de personalidades normais e anormais, bem como propiciar a investigação da influência da raiva nas diversas condições médicas.

O BDI é um instrumento composto de 21 itens, para avaliar a severidade da depressão em adultos e adolescentes. Elaborado por BECK & STEER (1993), validado para o Brasil por CUNHA (2001), é um dos instrumentos mais utilizados para avaliar a depressão em populações clínicas e não-clínicas, através do escore total e de duas sub-escalas: a escala cognitivo-afetiva, composta pelos treze primeiros itens do instrumento, e a escala de queixa somática, formada a partir dos últimos itens do inventário.

Conforme BECK & STEER (1993), o uso da sub-escala cognitivo-afetiva é relevante para estimar a depressão em pessoas cujos sintomas físicos podem levar a uma superestimação da severidade da sintomatologia depressiva.

Todos os instrumentos foram respondidos por ambos os grupos e, posteriormente, analisados através do programa estatístico SPSS. A análise propriamente dita incluiu, além dos procedimentos de estatística descritiva, o teste *t* de Student e a Correlação de Pearson.

## RESULTADOS

Os Gráficos 1 e 2 apresentam a distribuição de frequência para sexo e estado

civil, respectivamente, nos pacientes bruxômanos e nos não-bruxômanos.

Do total da amostra, 75% eram do sexo feminino (70% no grupo de bruxismo e 80% no grupo controle) e 25% eram do sexo masculino (30% no grupo de bruxômanos e 20% no grupo controle).

Do total da amostra, 52,5% eram solteiros, 40,0% casados e 7,55% separados.

Ao nível de significância de 5%, não foram verificadas diferenças significativas entre os grupos em relação às variáveis sexo e estado civil (somente considerando os solteiros e casados).

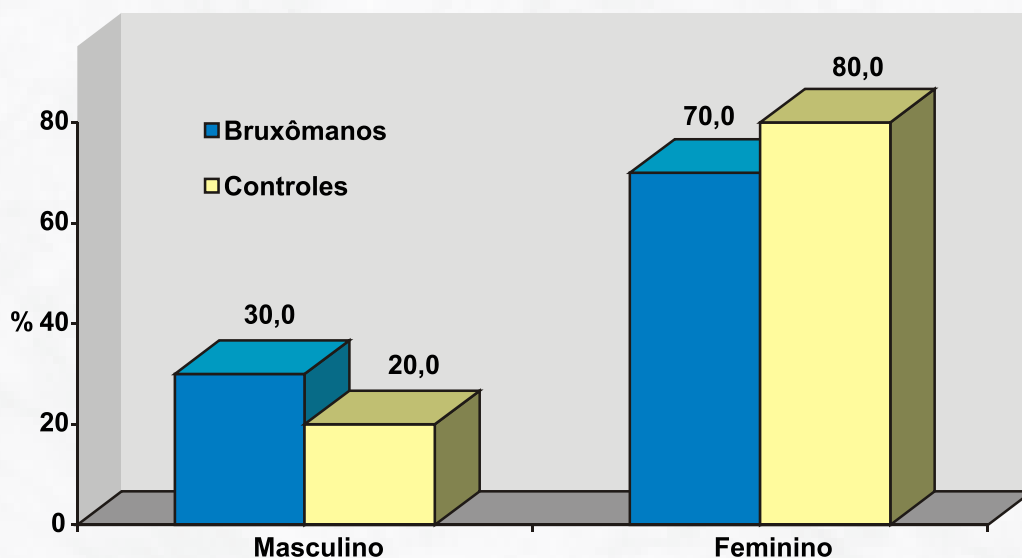


GRÁFICO 1: Sexo.

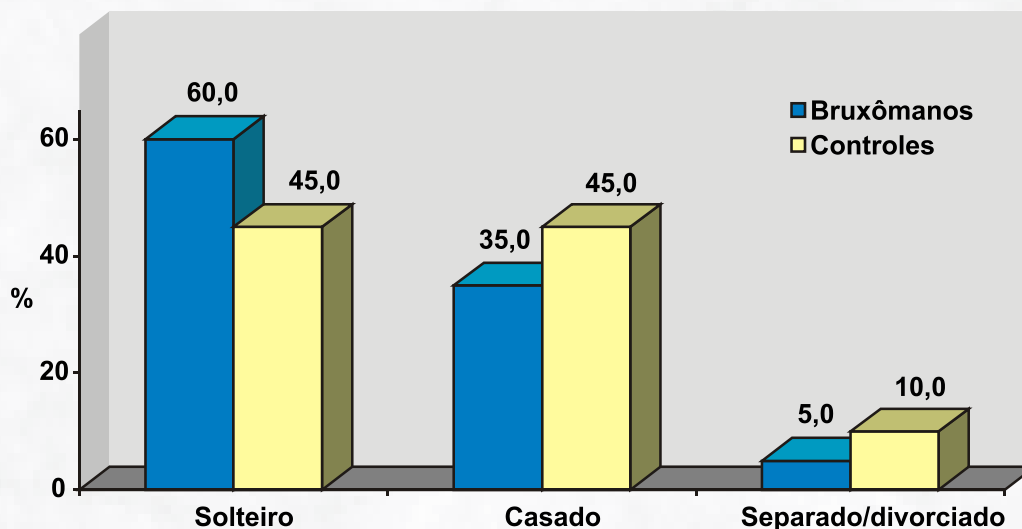


GRÁFICO 2: Estado civil.

Também foi calculada a idade média dos dois grupos, conforme disposto na Tabela 1.

TABELA 1: Idade.

Grupo	Média	Desvio-Padrão	Mínimo	Máximo	N
Bruxômanos	34,00	14,82	16	74	20
Controles	31,15	10,37	19	55	20

O teste *t* de Student revelou não haver diferença significativa na idade média dos bruxômanos e não-bruxômanos avaliados ( $p < 0,05$ ).

A partir dessa análise inicial, constatou-se, portanto, que os grupos estudados são homogêneos no que diz respeito às variáveis sociodemográficas.

A Tabela 2 apresenta o estudo de médias nas escalas e sub-escalas de ansiedade (IDATE), depressão (BDI) e raiva (STAXI), em bruxômanos e não-bruxômanos.

TABELA 2: Médias de ansiedade, depressão e raiva.

Índice/Grupo	Bruxômanos		Controles		P*
	Média	Desvio-Padrão	Média	Desvio-Padrão	
<b>IDATE</b>					
A-Estado	43,00	10,44	38,45	7,49	0,122
A-Traço	43,40	10,31	35,25	7,51	0,007
<b>BDI</b>					
BDI (1 a 13)	7,00	5,82	2,05	3,35	0,002
BDI (14 a 21)	6,26	4,62	2,20	2,46	0,002
<b>STAXI</b>					
Estado de raiva	11,35	3,79	10,40	0,94	0,288
Traço de raiva	18,80	5,44	18,65	6,17	0,935
Temperamento	7,45	3,10	6,30	2,27	0,189
Reação	8,40	2,76	8,40	3,05	1,000
Raiva para dentro	17,75	4,20	13,55	2,63	0,001
Raiva para fora	13,85	3,94	15,85	3,84	0,112
Controle	22,35	5,21	18,50	3,79	0,011
Expressão	25,25	6,73	26,90	7,44	0,466

\* Nível mínimo de significância do teste *t*.

Os dados apresentados na Tabela 2 confirmam a hipótese de que existem diferenças significativas entre bruxômanos e não-bruxômanos no que se refere à ansiedade-traço, depressão (total da escala, sub-escala somática e sub-escala cognitiva-afetiva), raiva-para-dentro e ao controle da raiva. Ou seja, pacientes com diagnóstico de

bruxismo apresentam níveis mais elevados de ansiedade como traço de personalidade, de depressão e de raiva para dentro e de controle da raiva.

Foi também investigada a correlação entre ansiedade, raiva e depressão nos pacientes bruxômanos. A matriz correlacional encontra-se no Quadro 1:

QUADRO 1: Matriz de correlação (Coeficiente de Correlação de Pearson) das escalas e sub-escalas do grupo com bruxismo.

	Bruxismo	A-Estado	A-Traço	BDI	BDI (1 a 13)	BDI (14 a 21)	Estado de raiva	Traço de raiva	Temperamento	Reação	Raiva para dentro	Raiva para fora	Controle	Expressão
Bruxismo	1,000													
A-Estado	0,312	1,000												
A-Traço	0,312	0,935	1,000											
BDI	0,312	0,002	0,002	1,000										
BDI (1 a 13)	0,312	0,002	0,002	0,002	1,000									
BDI (14 a 21)	0,312	0,002	0,002	0,002	0,002	1,000								
Estado de raiva	0,312	0,288	0,935	0,001	0,001	0,001	1,000							
Traço de raiva	0,312	0,935	0,935	0,935	0,935	0,935	0,935	1,000						
Temperamento	0,312	0,189	0,189	0,189	0,189	0,189	0,189	0,189	1,000					
Reação	0,312	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000				
Raiva para dentro	0,312	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	1,000			
Raiva para fora	0,312	0,112	0,112	0,112	0,112	0,112	0,112	0,112	0,112	0,112	0,112	1,000		
Controle	0,312	0,011	0,011	0,011	0,011	0,011	0,011	0,011	0,011	0,011	0,011	0,011	1,000	
Expressão	0,312	0,466	0,466	0,466	0,466	0,466	0,466	0,466	0,466	0,466	0,466	0,466	0,466	1,000



Item	Bruxismo	Depressão	Raiva
1	0,32*	0,28*	0,25*
2	0,35*	0,30*	0,27*
3	0,38*	0,33*	0,30*
4	0,41*	0,36*	0,33*
5	0,44*	0,39*	0,36*
6	0,47*	0,42*	0,39*
7	0,50*	0,45*	0,42*
8	0,53*	0,48*	0,45*
9	0,56*	0,51*	0,48*
10	0,59*	0,54*	0,51*
11	0,62*	0,57*	0,54*
12	0,65*	0,60*	0,57*
13	0,68*	0,63*	0,60*
14	0,71*	0,66*	0,63*
15	0,74*	0,69*	0,66*
16	0,77*	0,72*	0,69*
17	0,80*	0,75*	0,72*
18	0,83*	0,78*	0,75*
19	0,86*	0,81*	0,78*
20	0,89*	0,84*	0,81*

\* Correlação significativa ao nível de 0,05 (teste t de Student).  
 † Correlação significativa entre os dois testes (Pearson).  
 ‡ Correlação = identidade.

Pelos dados apresentados no Quadro 1, fica evidente que ansiedade-estado possui correlação significativa com ansiedade-traço, com sintomas cognitivos e afetivos de depressão, com estado de raiva e reação de raiva. Já a ansiedade-traço possui correlação com ansiedade-estado, depressão, sintomas cognitivos e afetivos de depressão e sintomas somáticos de depressão. A depressão avaliada a partir da pontuação total do BDI (bem como através das sub-escalas cognitivo-afetiva e somática) mostrou correlação, além das já citadas, com raiva-para-fora e expressão de raiva, ambas correlações negativas.

Pode-se concluir, portanto, que em pacientes com bruxismo existe correlação entre ansiedade e depressão e entre depressão e raiva, porém não entre ansiedade e raiva.

### CONCLUSÃO

Neste estudo, foram avaliados 40 sujeitos: 20 com bruxismo e 20 pessoas sem bruxismo, emparelhados por sexo, estado civil e idade. Através do teste *t* de Student, pôde-se constatar diferenças significativas entre bruxômanos controles, no que diz respeito aos fatores psicológicos avaliados: bruxômanos apresentam personalidade mais ansiosa e depressiva que os não-bruxômanos, tendem a dirigir a agressividade para o próprio eu e necessitam de mais mecanismos de controle de raiva.

Esses achados estão em consonância com a literatura, que ressalta que tensões emocionais, ansiedade profundamente estabelecida e agressividade reprimida podem levar ao hábito disfuncional de apertar, ranger e deslizar os dentes (SEGER *et al.*, 1998; MOLINA, 1989).

Ainda que o delineamento do estudo não permita a discussão da etiologia do bruxismo, é inegável que fatores psicológicos, especificamente a expressão de emoções negativas, estão fortemente relacionados com essa patologia, requerendo atenção especial em seu tratamento.

Os dentes e a boca são representantes de manifestações punitivas dos impulsos sociodestruíntes da etapa oral do desenvolvimento psicossocial (TALLAFERRO, 1989). O paciente com bruxismo parece apresentar importantes fixações orais e concentrar as tensões emocionais no próprio corpo, especificamente na região bucofacial.

Qualquer indivíduo pode somatizar, visto que todos nós possuímos capacidade psicossomática (ZIMERMANN, 1999). Entretanto, a psicanálise ainda exhibe controvérsias sobre se existe ou não uma estrutura de personalidade específica por detrás dos fenômenos psicossomáticos, sobre a doença psicossomática poder ser uma forma de defesa (no sentido psicodinâmico do termo), e sobre as suas causas (SILVA & CALDEIRA, 1992).

O fato de termos encontrado diferenças entre os grupos, no que diz respeito à ansiedade-traço, mas não

à ansiedade-estado, parece confirmar a hipótese de uma ansiedade profundamente estabelecida na personalidade do indivíduo. Por outro lado, contradiz a afirmação de MOLINA (1989) de que pequenas alterações emocionais (ligadas a acontecimentos atuais) estimulariam o ranger dos dentes.

A interpretação da associação entre bruxismo e depressão também merece cautela quanto à sua direção causal: de modo geral, a psicanálise assinala que as fixações orais, especialmente na etapa oral-sádica ou canibalística, são um elemento causal das patologias depressivas (SERRALTA, 2000). A relação negativa entre depressão, raiva para fora e expressão de raiva parece confirmar a noção psicanalítica de que, na depressão, a tendência a exteriorizar a agressividade foi negada, suprimida ou reprimida, sendo que sentimentos hostis acerca de outros significativos não são admitidos na consciência, pois levariam a dolorosos sentimentos de culpa (FRIEDMAN, 1970). O ranger dos dentes seria, portanto, uma forma de auto-agressão (MOLINA, 1989).

Por outro lado, como bem assinala OKESON (1998), no bruxismo e outras patologias da região orofacial, na medida em que a dor se prolonga, aumenta o desconforto e o sofrimento da pessoa, o que pode levar a alterações de humor típicas das doenças depressivas. Em trabalho anterior (SERRALTA *et al.*, 2001), ressaltamos também que a dor orofacial tem associação com diversos sintomas psicológicos que podem levar ao sofrimento psíquico, agravando as manifestações dolorosas.

É importante salientar a necessidade de novos estudos sobre a associação do bruxismo com sintomas e características de personalidade, visto que a Psicologia e a Odontologia possuem inter-relações ainda pouco exploradas por psicólogos e odontólogos. Em um grande número de casos, como demonstram os dados da literatura da área, a abordagem multidisciplinar é a mais adequada na avaliação e tratamento do bruxismo.

SERRALTA, F.B.; FREITAS, P.R.R. de. Bruxism and negative affects: a study of anxiety, depression and anger in bruxer patients. *JBA, Curitiba*, v.2, n.5, p.20-25, Jan./Mar. 2002.

In order to evaluate anxiety, depression and anger in bruxism, 20 bruxers and 20 non-bruxers were compared, using STAI, BDI and STAXI scores. Significant differences between groups were found in trait anxiety, depression, anger-in and anger control. Anxiety and depression, depression and anger were correlated in bruxists patients, but anxiety and anger were not. These results confirm the psychological significance of oral zone in negative emotions expression.

**UNITERMS:** Bruxism; Anxiety; Depression; Anger.

## REFERÊNCIAS

- ABRAHAM, K. 1927. *In: Teoria psicanalítica da libido – Sobre o caráter e o desenvolvimento da libido*. Rio de Janeiro: Imago, 1970.
- BECK, A.T.; STEER, R.A. *Beck depression inventory*. Manual. San Antonio: Psychological Corporation, 1993.
- BIAGGIO, A.M.B. *Manual do inventário de expressão de raiva como estado e traço (STAXI)*. São Paulo: Vetor, 1992.
- BIAGGIO, A.M.B.; NATALICIO, L. *IDATE – Inventário de ansiedade traço-estado*. Rio de Janeiro: CEPA, 1979.
- CUNHA, J.A. *Manual da versão em português das escalas de Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- FREUD, S. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. *In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1989. v.7, p.127-228.
- FRIEDMAN, A. Hostility factors and clinical improvement in depressed patients. *Arch Gen Psych*, n.23, p.524-537, 1970.
- MARTY, P. *A psicossomática do adulto*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- MOLINA, O.F. *Fisiopatologia craniomandibular (oclusão e ATM)*. São Paulo: Pancast Editorial, 1989.
- NÓBILO *et al.* Técnica de Nóbilo para o tratamento do bruxismo: caso clínico. *Rev Odontol Univ Sto. Amaro*, v.5, n.1, p.26-29, jan./jun. 2000.
- OKESON, J.P. *Fundamentos de oclusão e distúrbios temporomandibulares*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- OKESON, J.P. *Dor Orofacial – Guia para avaliação, diagnóstico e tratamento*. São Paulo: Quintessência, 1998.
- OKINO, M.C.N.H. *et al.* Psicologia e Odontologia: atendimento a pacientes portadores de disfunção na articulação temporomandibular (ATM). *Rev Inst Ciênc Saúde*, v.8, n.1, p.27-29, jan./jun. 1990.
- PAIVA, H.J. *et al.* *Oclusão – noção e conceito básico*. São Paulo: Santos, 1997.
- SEGER, L. *et al.* *Odontologia e Psicologia, uma abordagem integradora*. São Paulo: Santos, 1998.
- SERRALTA, F.B. Revisando a psicodinâmica da depressão. *Revista do IEPP*, n.2, p.89-97, maio 2000.
- SERRALTA, F.B.; MARTINS, E.A.; ÁVILA, J.F. Adaptação de um instrumento de triagem para problemas psicológicos em pacientes com disfunção craniomandibular e dor orofacial. *JBA*, n.1, v.1, jan./mar. 2001.
- SILVA, A.F.R.; CALDEIRA, G. Alexitimia e pensamento operatório. A questão do afeto na psicossomática. *In: MELLO FILHO, J. (org.). Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- TALLAFERRO, A. *Curso básico de Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1989.
- ZIMMERMAN, D.E. *Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica – uma abordagem didática*. Porto Alegre: Artmed, 1999.
- Recebido para publicação em: 04/02/02  
Enviado para análise em: 08/02/02  
Aceito para publicação em: 18/02/02
- ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA**  
Rua Amélia Telles 90/403 Petrópolis  
90460-070 Porto Alegre, RS  
Brasil  
E-mail: psifer@zaz.com.br