



Temas em Psicologia

ISSN: 1413-389X

[comissaoeditorial@sbponline.org.br](mailto:comissaoeditorial@sbponline.org.br)

Sociedade Brasileira de Psicologia  
Brasil

Schmidt, Diego Rafael; Thomé Ferreira, Vinícius Renato; Fortes Wagner, Marcia  
Disfunção Temporomandibular: Sintomas de Ansiedade, Depressão e Esquemas Iniciais  
Desadaptativos

Temas em Psicologia, vol. 23, núm. 4, diciembre, 2015, pp. 973-985

Sociedade Brasileira de Psicologia  
Ribeirão Preto, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=513751493014>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

re<sup>o</sup>alyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

# Disfunção Temporomandibular: Sintomas de Ansiedade, Depressão e Esquemas Iniciais Desadaptativos

Diego Rafael Schmidt<sup>1</sup>  
Vinícius Renato Thomé Ferreira  
Marcia Fortes Wagner

*Escola de Psicologia da IMED – Faculdade Meridional, Passo Fundo, RS, Brasil*

## Resumo

A disfunção temporomandibular (DTM) constitui uma patologia orofacial relacionada a aspectos articulares, da musculatura, ou a ambos, da articulação temporomandibular (ATM), sendo a dor um dos seus principais sintomas. Muitos dos pacientes respondem de maneira adequada aos tratamentos odontológicos convencionais, mas em muitos casos de DTM o tratamento odontológico, isoladamente, não é eficaz, sendo necessário acompanhamento psicológico para trabalhar as questões da dor. A dor compreende uma vivência que pode ser influenciada por eventos negativos da infância e pelos esquemas iniciais desadaptativos (EIDs), que compreendem estruturas cognitivas mais rígidas e inflexíveis associadas às psicopatologias. Objetivou-se identificar sintomas de ansiedade, depressão e os EIDs numa amostra de pacientes odontológicos com sintomas de DTM. Participaram 40 pacientes odontológicos, 20 com e 20 sem DTM que responderam ao questionário sociodemográfico, Inventário de Depressão de Beck (BDI), Levantamento de Intensidade de Sintomas Depressivos (LIS-D), Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e Questionário dos Esquemas de Young – forma reduzida (YSQ-S2). A análise estatística descritiva e inferencial visou identificar diferenças entre os dois grupos. Observou-se a presença de mais sintomas depressivos e ansiosos no grupo de pacientes com DTM, e os itens que apontaram diferença estatisticamente significativa no YSQ-S2 – forma reduzida foram: desconfiança/ abuso, subjugação e inibição emocional, bem como EIDs privação emocional, isolamento social/alienação e emaranhamento/*self* subdesenvolvido. Verificou-se que três dos seis EIDs apontados pertenciam ao domínio da desconexão e rejeição, sugerindo que uma parcela significativa de pacientes com DTM teriam passado por experiências emocionais negativas na infância.

**Palavras-chave:** Disfunção temporomandibular, ansiedade, depressão, esquemas iniciais desadaptativos.

## Temporomandibular Disorder: Anxiety, Depression and Early Maladaptive Schemas

### Abstract

Temporomandibular disorder (TMD) is an orofacial pathology related to either joint or muscle aspects, or both, regarding the temporomandibular articulation (TMA); pain is one of main symptoms. Many patients properly respond to conventional dental treatments, however in many TMD cases dental treatment

<sup>1</sup> Endereço para correspondência: Rua XV de Novembro, 736, Centro, Selbach, RS, Brasil 99450-000. Fone: (54) 9140-7462. E-mail: diego\_rpsi@yahoo.com.br, vthome2@gmail.com e mwagner@imed.edu.br  
Os autores agradecem a colaboração inestimável da Professora Me. Alexandra Silveira, docente da Escola de Odontologia da IMED – Faculdade Meridional, na realização desta pesquisa.

alone is not effective, and psychological follow-up is required. Pain involves an experience that may be influenced by negative events in childhood, and by Early Maladaptive Schemas (EMSs). The EMSs are more rigid and inflexible cognitive structures associated to psychopathologies. The present work aimed to identify symptoms of anxiety, depression, and the EMSs presented in a sample of dental patients with TMD symptoms. Forty dental and non-dental patients participated in this study – 20 with and 20 without TMD. They answered a sociodemographic questionnaire, Beck Depression Inventory (BDI), Depressive Symptoms Intensity Survey (LIS-D), Beck Anxiety Inventory (BAI), and Young Schema Questionnaire – short form (YSQ-S2). Inferential and descriptive statistical analysis were performed to identify possible differences between groups. The presence of more depressive and anxious symptoms was observed in the group of patients with TMD. Moreover, the items that indicated significant statistical difference in the YSQ-S2 – short form were: distrust/abuse, subjugation and emotional inhibition, as well as EMSs emotional deprivation, social isolation/alienation and entanglement/underdeveloped self. Thus, three out of six EMSs indicated belonging to disconnection and rejection domain suggesting that a significant number of patients with TMD would have been through negative emotional experiences in childhood.

**Keywords:** Temporomandibular disorder, anxiety, depression, early maladaptive schemas.

## Disfunción Temporomandibular: Síntomas de Ansiedad, Depresión y Esquemas Desadaptativos Tempranos

### Resumen

La disfunción temporomandibular (DTM) es una patología orofacial relacionada con problemas de las articulaciones, los músculos o ambos, de la articulación temporomandibular (ATM) y el dolor es uno de sus principales síntomas. Muchos pacientes responden adecuadamente a los tratamientos dentales de manera convencional, pero en muchos casos se requiere asesoramiento psicológico para los problemas de dolor. Dolor comprende una experiencia que puede ser influenciado por los acontecimientos negativos de la infancia y por Esquemas Desadaptativos Tempranos (EDTs) que las estructuras cognitivas más rígidas e inflexibles se asocian. Este estudio tuvo como objetivo identificar los síntomas de ansiedad, depresión y EDTs de una muestra de pacientes dentales con síntomas de DTM. Los sujetos fueron 40 pacientes dentales, 20 con y 20 sin DTM que respondieron al cuestionario sociodemográfico, *Beck Depression Inventory* (BDI), Estudio de Intensidad Los Síntomas Depresivos (LIS-D), el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y el Cuestionario de Esquemas Young - forma reducida (YSQ-S2). El análisis estadístico buscó identificar las diferencias entre los dos grupos, y se observó la presencia de más depresivo y la ansiedad en pacientes con síntomas de DTM. Mostraron una diferencia estadísticamente significativa en la YSQ-S2 forma reducida la muestra con DTM en desconfianza/abuso, sometimiento, la inhibición emocional, carencias afectivas, aislamiento social/alienación y el enredo. Tres de los seis EDTs pertenecían al dominio de desconexión y rechazo, lo que sugiere que una porción significativa de los pacientes con DTM han experimentado experiencias emocionales negativos en la infancia.

**Palabras clave:** Trastornos temporomandibulares, ansiedad, depresión, esquemas desadaptativos tempranos.

A disfunção temporomandibular (DTM) compreende um tipo de patologia orofacial decorrente de distúrbios no sistema mastigatório e em suas estruturas subjacentes, podendo envolver subtipos com características predomi-

nantemente articulares, musculares da articulação temporomandibular (ATM), ou ambos, e tendo a dor como um dos principais sintomas (Cordeiro & Guimarães, 2012; Melchior, Mazzetto, & Felicio, 2012; Okeson, 2008; Oliveira

et al., 2012). A ATM localiza-se próxima ao ouvido e é a responsável por conectar a mandíbula ao crânio. Além disso, suas funções estão relacionadas com os movimentos da mastigação, expressão facial e fala (Dugashvili, Menabde, Janelidze, Chichua, & Amiranashvili, 2013). Os principais sintomas associados à DTM, normalmente incluem a presença de otalgias, cefaleias, vertigens, dores na região da face e/ou da ATM, *tinnitus* (zumbidos), ruídos nas ATMs (estalidos e crepitações) e distúrbios articulares com relação ao movimento (Conti, Pinto-Fiamengui, Cunha, & Conti, 2012; Cordeiro & Guimarães, 2012; Silveira, Feltrin, Zanetti, & Mautoni, 2007). Os indivíduos com DTM podem manifestar, ainda, inapetência, fadiga, distúrbios no sono, dificuldades laborais e perda na qualidade de vida geral (Kuroiwa, Marinelli, Rampani, de Oliveira, & Nicodemo, 2011; Okeson, 2008; Resende et al., 2013; Silva, Dibai, Machado, Oliveira, & Navega, 2012).

Os sintomas citados anteriormente podem estar associados a problemas específicos, tais como fatores oclusais, traumas e histórico de bruxismo (Bezerra et al., 2012; Conti et al., 2012; G. Fernandes et al., 2013). Segundo a literatura, a DTM é uma patologia comum, cujos sinais e sintomas clínicos e subclínicos chegam a afetar em torno de 50% da população geral, sendo mais prevalente em mulheres, entre as idades de 20 e 40 anos (Cordeiro & Guimarães, 2012; Dugashvili et al., 2013; Oliveira et al., 2012). Os estudos demonstram que a DTM está relacionada a fatores psicológicos, emocionais, fisiopatológicos e comportamentais (Melchior et al., 2012; Sydney & Conti, 2011). No entanto, não existe consenso entre os pesquisadores acerca da etiologia exata da DTM. O argumento mais aceito é que as causas sejam multifatoriais, o que dificulta a elaboração de medidas terapêuticas específicas e efetivas (Sartoretto, Dal Bello, & Della Bona, 2012). Até o presente momento, sabe-se que pacientes acometidos pela patologia e em processo de psicoterapia apresentam redução dos seus sintomas de dor, o que corrobora os estudos que elencam as causas psicológicas como um dos fatores para desen-

cadear a DTM (Araneda, Oyarzo, González, & Figueroa, 2013).

Segundo Velly et al. (2011), os sintomas da DTM estão intimamente ligados com questões emocionais, especialmente catastrofização. Transtornos mentais, como ansiedade, depressão e estresse são frequentemente observados em indivíduos com DTM (Aggarwal et al., 2011; Sartoretto et al., 2012). Estudos recentes demonstram que fatores psicológicos como catastrofização, assertividade em solicitar ajuda e tratamento devido aos sintomas podem estar inadvertidamente associados à manutenção da dor na DTM (Araneda et al., 2013; Conti et al., 2012; Rollman, Gorter, Visscher, & Naeije, 2013). Dessa forma, é possível definir a DTM como uma doença odontológica também caracterizada pela dor crônica e que pode ou não estar associada a fatores psicológicos (Rollman et al., 2013). Os pacientes com a disfunção respondem de maneira adequada ao tratamento convencional, constatando-se uma diminuição significativa dos sintomas após as intervenções odontológicas. Todavia, em muitos casos dessa disfunção, somente o tratamento odontológico não é eficaz, sendo necessário acompanhamento psicológico para trabalhar as questões relativas à dor (Dugashvili et al., 2013).

### **A Dor na DTM**

A dor constitui uma impressão subjetiva desagradável de difícil descrição e mensuração. Trata-se de um fenômeno complexo e de suma importância para a sobrevivência humana, cuja função, geralmente, está relacionada com a presença de danos potenciais aos tecidos. Sua principal finalidade consiste em informar ao organismo que algo não está bem (Eccleston, 2011; Cordeiro & Guimarães, 2012; da Silva & Ribeiro, 2011; Teixeira, Siqueira, & Alvarez, 2012). Normalmente, corresponde a uma manifestação que emerge a partir de uma lesão inicial espontânea ou provocada, passando a comunicá-la ao sistema nervoso central e periférico (Cordeiro & Guimarães, 2012; Teixeira et al., 2012). Esse processo caracteriza-se como um reflexo instin-

tivo e de autopreservação, no qual as informações perceptivas percorrem um complexo domínio de fibras e redes neurais (B. H. P. Fernandes & Gomes, 2011; Teixeira et al., 2012).

Dor e sofrimento constituem, por definição, dois elementos intimamente relacionados. A dor compreende um conjunto de mecanismos influenciados por variáveis físicas, psicológicas e socioculturais (B. H. P. Fernandes & Gomes, 2011; da Silva & Ribeiro, 2011). Segundo Belfer (2013), a percepção da dor é mais bem compreendida sob uma perspectiva multidimensional, por envolver fatores situacionais, sociodemográficos, culturais e emocionais dos indivíduos, verificando-se, assim, a influência dos eventos ambientais na experiência e na modulação da dor. No entanto, a dor constitui um fenômeno subjetivo, havendo uma dificuldade geral no que tange à sua mensuração objetiva. Clinicamente, os pacientes que a sentem estão sob a ação de indicadores biológicos, comportamentais e de autorrelato, contaminados por percepções físicas, cognitivas e emocionais acerca do evento (da Silva & Ribeiro, 2011; Teixeira et al., 2012).

De acordo com Sullivan (2012), a dor representa uma experiência que pode manter uma relação com os elementos cognitivos do sujeito, de modo que o seu significado depende de uma série de vivências previamente experimentadas pelos indivíduos. Eccleston (2011) enfatizou que as crenças acerca do controle da dor e a avaliação cognitiva do fenômeno influenciam diretamente na sua modulação, mobilizando diversas estratégias de enfrentamento. Assim, pode-se dizer que a dor consiste em uma vivência afetivo-motora mediada por diferentes mecanismos neuroquímicos e neurofisiológicos, cuja modulação pode ser alterada por uma série de componentes interligados, originando dor aguda ou crônica e com intensidades variando de leve e moderada à severa (B. H. P. Fernandes & Gomes, 2011; Teixeira et al., 2012). De maneira sucinta, a dor crônica é aquela que persiste por um período superior a seis meses e, na maioria dos casos, é imune à abordagem terapêutico-medicamentosa, enquanto a dor aguda refere-se àquela dor momentânea, condizente com a sua função real e a lesão ocorrida (Eccleston,

2011; B. H. P. Fernandes & Gomes, 2011; da Silva & Ribeiro, 2011). A intensidade das experiências de dor está intimamente relacionada com a catastrofização. Assim, é possível afirmar que existe uma sensibilidade especial por parte de alguns indivíduos, levando-os a desenvolver pensamentos catastróficos ou expectativas irreais em relação à sua melhora (Conti et al., 2012; Kuroiwa et al., 2011; Rocha, 2013; Sullivan, 2012). A presença de distorções cognitivas, como a catastrofização, em que o paciente apresenta uma expectativa irreal e exageradamente negativa acerca das experiências de dor, interfere diretamente no diagnóstico e no tratamento dessa patologia (Sullivan, 2012).

Os Esquemas Iniciais Desadaptativos (EIDs) englobam as crenças centrais caracterizadas por Beck (2013) e um conjunto de memórias, sensações corporais, comportamentos e sentimentos associados a um determinado conteúdo da cognição (Martin & Young, 2010; Thimm, 2013). Trata-se de estruturas mais rígidas do pensamento, desenvolvidas durante a infância e mantidas conforme as experiências de vida e o ambiente de convívio dos sujeitos (Dozois & Beck, 2011). Por isso, os esquemas estão associados a diversos fenômenos mentais, como as psicopatologias e, inclusive, a experiência subjetiva da dor (T. H. Saariaho, 2012; Young, Klosko, & Weishaar, 2008). Observa-se, portanto, que há uma forte correlação entre as crenças e expectativas do paciente com dor, indicando que aspectos cognitivos, emocionais e comportamentais estão associados ao quadro clínico doloroso apresentado (Bezerra et al., 2012; da Silva & Ribeiro, 2011; Silva et al., 2012). Neste sentido, este trabalho objetivou levantar a prevalência e a intensidade de sintomas de ansiedade, depressão e EIDs em uma amostra de pacientes em atendimento odontológico com e sem DTM.

## Método

### *Delineamento*

Trata-se de uma pesquisa de natureza quantitativa, que visa a comparar os resultados entre os dois grupos, com o intuito de identificar eventuais diferenças estatísticas entre as amostras.

### **Participantes**

O presente estudo foi realizado com 40 sujeitos, todos pacientes odontológicos e com idade acima de 18 anos. Os indivíduos foram divididos em dois grupos, sendo o primeiro composto por 20 sujeitos, os quais apresentavam sintomas de disfunção temporomandibular (DTM) há seis meses ou mais, e o segundo grupo era formado por 20 indivíduos com ausência de histórico de DTM. Os dois grupos foram atendidos em uma clínica odontológica no interior do Estado do Rio Grande do Sul.

### **Instrumentos**

Os instrumentos utilizados foram:

*Questionário Sociodemográfico.* Teve por objetivo levantar informações gerais acerca do perfil dos pacientes que participaram da pesquisa e os níveis relatados de dor. A intensidade da dor referida pelos indivíduos com DTM foi mensurada através de uma escala de autorrelato de 1 a 10, considerando a última semana (1- nada de dor e 10- pior dor possível).

*Questionário dos Esquemas de Young – Forma Reduzida (YSQ-S2).* Avalia 15 EIDs, inseridos nos cinco domínios do esquema, classificados em: desconexão e rejeição, autonomia e desempenho prejudicados, limites prejudicados, direcionamento para o outro e supervigilância e inibição (Cazassa & Oliveira, 2012; Martin & Young, 2010; Young et al., 2008).

*Levantamento de Intensidade de Sintomas Depressivos (LIS-D).* Instrumento de autoavaliação que objetiva identificar a intensidade de sintomas depressivos, baseado no referencial teórico da psicologia cognitivo-comportamental, desenvolvido por Ferreira (n.d.).

*Inventário de Depressão de Beck (BDI) e Inventário de Ansiedade de Beck (BAI):* O BDI é uma ferramenta descritiva padronizada, com 21 conjuntos de afirmações que avaliam os sintomas da depressão quanto à presença e à intensidade, por meio de autorrelato. O BAI, composto por uma lista com 21 sintomas, objetiva levantar a intensidade de sintomas de ansiedade (Cunha, 2000).

### **Procedimentos**

Após a aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CAAE nº 20034613.5.0000.5319) foi realizado contato com a clínica odontológica a fim de apresentar a proposta de investigação, esclarecer dúvidas e solicitar autorização para efetuar o estudo. Após a autorização, procedeu-se a seleção dos pacientes com e sem DTM.

Os pacientes no grupo com DTM foram encaminhados através do serviço odontológico da faculdade onde o estudo foi conduzido. Os mesmos já possuíam diagnóstico de DTM realizado através da equipe odontológica e estavam em atendimento especializado, sendo sugeridos para este estudo a partir do cadastro do serviço. Os pacientes com idade igual ou superior a 18 anos com diagnóstico de DTM foram convidados a participar do estudo. O grupo de participantes sem DTM foi constituído a partir da população geral, por convite; os critérios de seleção foram idade igual ou superior a 18 anos, que não referissem histórico de DTM e/ou que não estivessem em atendimento odontológico no momento por esta razão. Os sujeitos dos dois grupos que aceitaram fazer parte da pesquisa foram informados sobre a natureza do estudo e tiveram a garantia de sigilo quanto à sua identidade, com liberdade para sair da pesquisa a qualquer tempo, sem prejuízo do atendimento odontológico em condução (para o grupo com DTM). Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), procedeu-se a coleta dos dados.

Cumprida essa etapa, os sujeitos dos dois grupos passaram a preencher individualmente os instrumentos de coleta de dados. Os resultados foram analisados e comparados com o auxílio dos *softwares* Microsoft Office Excel 2007® e BioEstat® (Versão 5.3), a fim de identificar as eventuais diferenças entre os grupos. A análise estatística e inferencial dos escores foi efetuada por meio dos testes Mann-Whitney e Wilcoxon a 5% de probabilidade para todas as variáveis avaliadas.

### **Resultados**

Do total da amostra de pacientes com DTM ( $n=20$ ) observou-se uma prevalência do gênero

feminino (85%), idade entre 18 e 30 anos (40%), solteiros (50%), ensino superior incompleto (40%) e renda familiar variando de R\$1.620,01 a R\$3.240,00 (35%). Entre pacientes sem DTM ( $n=20$ ), também houve prevalência do gênero feminino (75%), idade entre 18 e 30 (65%) e renda familiar variando de R\$1.620,01 a R\$3.240,00 (35%), mas foi evidenciado um aumento no percentual de solteiros (70%) e na escolaridade de

ensino superior incompleto (65%), conforme Tabela 1.

Os sujeitos avaliados com presença e ausência de DTM apresentaram idade média de 35,35 e 30,40 anos, respectivamente. Em termos de idade, é possível observar que a amostra revelou-se homogênea entre os grupos, embora corrobore a literatura quanto ao gênero (feminino) e à faixa etária (30-40 anos) para ocorrência da DTM (Broch, Zanetti, Filter, & Silva, 2013; Kuroiwa et al., 2011; Oliveira et al., 2012).

**Tabela 1**  
**Caracterização Geral da Amostra**

Variável		Com DTM (N=20)		Sem DTM (N=20)	
		%	N	%	N
Sexo	Feminino	85	17	75	15
	Masculino	15	3	25	5
Idade	18-30 anos	40	8	65	13
	31-40 anos	20	4	20	4
	41-50 anos	25	5	5	1
	Acima de 51 anos	15	3	10	2
Estado civil	Solteiro	50	10	70	14
	Casado/União estável	40	8	20	4
	Separado/Divorciado	10	2	10	2
	Viúvo/a	0	0	0	0
	Outro	0	0	0	0
Escolaridade	Ensino fundamental incompleto	5	1	0	0
	Ensino fundamental completo	0	0	0	0
	Ensino médio incompleto	0	0	0	0
	Ensino médio completo	20	4	10	2
	Ensino superior incompleto	40	8	65	13
	Ensino superior completo	20	4	20	4
	Pós-graduação (especialização)	5	1	5	1
	Pós-graduação (mestrado)	5	1	0	0
	Pós-graduação (doutorado e/ou pós-doutorado)	5	1	0	0
Renda familiar	Entre R\$0 e R\$1.080,00	15	3	15	3
	Entre R\$1.080,01 e R\$1.620,00	10	2	15	3
	Entre R\$1.620,01 e R\$3.240,00	35	7	35	7
	Entre R\$3.240,01 e R\$5.400,00	15	3	10	2
	Entre R\$5.400,01 e R\$8.100,00	10	2	20	4
	Acima de R\$8.100,00	15	3	5	1

Nota. DTM = disfunção temporomandibular.

A intensidade da dor referida pelos indivíduos com DTM e mensurada com base em uma escala de autorrelato constatou média total de 5,75 pontos, de acordo com a Tabela 2. Dessa

forma, verifica-se que a intensidade da dor apresentou-se em nível moderado, o que pode estar relacionado à procura por atendimento odontológico (Conti et al., 2012; Melchior et al., 2012; Oliveira et al., 2012; Rollman et al., 2013).

**Tabela 2**  
**Intensidade da Dor Relatada em Pacientes com DTM**

Variável	<i>M</i>	<i>DP</i>	Variância da amostra	Mínimo	Máximo
Intensidade da dor	5,75	1,97	3,88	2	8

*Nota.* DTM = disfunção temporomandibular.

O período de tempo em que os 20 pacientes com DTM manifestaram dor variou de 12 a 240 meses; no entanto, a média permaneceu em 87 meses. A análise do grupo com DTM apontou que não há correlação entre o tempo e a intensidade da dor relatada ( $p=0,080$ ), confirmando os achados da literatura (Melchior et al., 2012).

No que tange aos sintomas de ansiedade, depressão e EIDs, os grupos com e sem DTM foram comparados por meio da estatística descritiva e inferencial. Para tanto, foram aplicados os testes de Mann-Whitney e Wilcoxon a 5% de probabilidade para todas as variáveis avaliadas, conforme a Tabela 3. Os escores de ansiedade e depressão, verificados pelo BAI e o BDI, respectivamente, encontram-se dentro da faixa de sintomas mínimos ou ausentes. Contudo, a estatística inferencial apontou diferenças significativas entre os dois grupos, como a presença de mais sintomas depressivos e ansiosos no grupo com DTM, mediante aplicação dos testes de Mann-Whitney (BAI,  $p=0,0049$  e BDI,  $p=0,0350$ ) e Wilcoxon (BAI,  $p=0,0191$  e BDI,  $p=0,0502$ ). Da mesma forma, o LIS-D apresentou diferença estatisticamente significativa entre os grupos (Mann-Whitney,  $p=0,0158$ ; Wilcoxon,  $p=0,0167$ ), que, pelo valor de correlação com o BDI ( $r=0,8048$ ,  $p<0,0001$ ), é sugestivo da presença de sintomas leves.

Os itens que apontaram diferença estatisticamente significativa no YSQ-S2 – forma reduzida através dos testes Mann-Whitney e Wilcoxon foram: desconfiança/abuso (Mann-Whitney 134,00,  $p=0,0371$ ), subjugação (Mann-Whitney

132,00,  $p=0,0329$ ; Wilcoxon 56,  $p=0,0323$ ) e inibição emocional (Wilcoxon 40,  $p=0,0399$ ).

Ainda, mesmo sem terem alcançado níveis estatisticamente significativos estabelecidos a priori ( $p\leq 0,05$ ), os itens privação emocional (Mann-Whitney 144,00,  $p=0,0649$ ; Wilcoxon 63,  $p=0,0584$ ), isolamento social/alienação (Mann-Whitney 144,00,  $p=0,0649$ ; Wilcoxon 58,  $p=0,0682$ ) e emaranhamento/*self* subdesenvolvido (Mann-Whitney 144,50,  $p=0,0666$ ) também mostraram valores próximos à faixa de  $p=0,05$ .

## Discussão

A intensidade dos sintomas depressivos e ansiosos pontuados pelo grupo de pacientes com DTM apresentou-se na faixa mínima ou ausente. No entanto, através da análise estatística, pode-se evidenciar diferenças significativas entre os grupos experimental e controle, observando-se que os pacientes com DTM apresentaram mais sintomas de ansiedade e depressão, conforme indica a literatura (Araneda et al., 2013; Conti et al., 2012; Kuroiwa et al., 2011; Torres, Pérez, & Molerio, 2013).

Da mesma maneira, os indivíduos com DTM diferiram dos sujeitos sem esta patologia odontológica no que se refere aos EIDs de desconfiança/abuso, subjugação e inibição emocional. Os pacientes com esquemas de desconfiança/abuso manifestam suspeitas infundadas de que os outros poderão maltratar, enganar ou tirar vantagem intencionalmente. A subjugação, por



**Tabela 3**  
**Estatística Descritiva e Inferencial de Sintomas de Ansiedade, Depressão e EIDs na Amostra de Indivíduos Com e Sem DTM**

	Instrumento/Dimensão	Com dor			Sem dor			Mann-Whitney		Wilcoxon	
		Média	DP		Média	DP		U	p unicaudal	Valor	p unicaudal
Sintomas de ansiedade	BAI*	12,15	7,00		7,65	6,27		104,50	0,0049*	44	0,0191*
Sintomas de depressão	BDI*	10,75	5,42		7,75	5,20		133,00	0,0350*	61	0,0502*
	LIS-D*	66,15	27,00		47,7	23,47		120,50	0,0158*	48	0,0167*
	Escore total	170,00	36,66		158,85	44,00		165,50	0,1754	73	0,1880
Esquemas Iniciais Desadaptativos (YSQ-S2)	1. Privação emocional**	12,40	6,34		9,70	5,13		144,00	0,0649**	63	0,0584**
	2. Abandono	12,25	5,91		12,15	6,15		193,50	0,4302	104	0,4777
	3. Desconfiança/abuso*	12,80	4,49		10,45	4,36		134,00	0,0371*	70	0,0925
	4. Isolamento social**	12,35	4,78		10,35	5,03		144,00	0,0649	58	0,0682**
	5. Defectividade/vergonha	6,55	1,70		7,60	2,87		159,00	0,1337	33	0,1104
	6. Fracasso	9,50	5,16		8,20	2,95		191,00	0,4038	68	0,2230
	7. Dependência/incompetência	7,95	2,52		7,50	2,65		170,50	0,2124	75	0,2105
	8. Vulnerabilidade ao dano	7,95	3,82		9,40	5,78		152,50	0,0994	78	0,1523
	9. Emaranhamento**	7,45	3,25		8,60	3,10		144,50	0,0666**	40	0,0738
	10. Subjugação*	11,85	9,40		9,40	5,20		132,00	0,0329*	56	0,0323*
	11. Autossacrifício	18,10	16,00		16,00	5,25		170,00	0,2085	59	0,0709
	12. Inibição emocional*	9,10	12,25		12,25	6,46		143,50	0,0632**	40	0,0399*
	13. Padrões inflexíveis	16,75	16,30		16,30	5,49		182,50	0,3180	76	0,3395
	14. Merecimento/grandiosidade	11,15	9,90		9,90	5,20		148,50	0,0818	53	0,1330
	15. Autocontrole insuficiente	11,55	11,05		11,05	5,57		184,00	0,3326	96	0,3614

Notas. DTM = disfunção temporomandibular; BDI = Inventário de Depressão de Beck; BAI = Inventário de Ansiedade de Beck; LIS-D = Levantamento de Intensidade de Sintomas Depressivos; YSQ-S2 = Questionário dos Esquemas de Young – forma reduzida. \* Diferença significativa entre os grupos a nível de  $p \leq 0,05$ . \*\* Não significativo de  $p \leq 0,05$ , mas com valor próximo a este limite.

sua vez, envolve a percepção subjetiva de que as próprias necessidades não são importantes ou válidas, conferindo aos outros o poder de satisfazê-las. Finalmente, o EID de inibição emocional consiste na racionalização e no controle excessivo dos comportamentos, pensamentos e sentimentos espontâneos, a fim de evitar qualquer tipo de desaprovação (Young et al., 2008).

Ainda, os esquemas de privação emocional, isolamento social/alienação e emaranhamento/*self* subdesenvolvido também demonstraram valores próximos ao nível de probabilidade ( $p \leq 0,05$ ). A privação emocional baseia-se na crença de que o apoio emocional não será satisfatoriamente oferecido pelos outros, acarretando privação de cuidados, de empatia e de proteção. No caso do EID de isolamento social/alienação, o indivíduo tende a sentir-se alienado, diferente e isolado do mundo. O esquema de emaranhamento/*self* subdesenvolvido implica na dificuldade de separação ou individuação, em virtude de um excesso de envolvimento emocional e intimidade com pessoas consideradas importantes (Martin & Young, 2010).

No caso dos pacientes odontológicos com DTM, verificou-se que três dos seis EIDs apontados por meio da análise efetuada pelos testes de Mann-Whitney e Wilcoxon pertencem ao domínio da desconexão e rejeição, sendo eles desconfiança/abuso, privação emocional e isolamento social/alienação. Os demais esquemas correspondiam aos domínios de direcionamento para o outro (subjugação), supervigilância e inibição (inibição emocional) e autonomia e desempenho prejudicados (emaranhamento/*self* subdesenvolvido; Young et al., 2008). Portanto, os dados sugerem que uma parcela significativa de sujeitos com DTM possam ter passado por experiências emocionais traumáticas significativas na infância. Estudos também verificaram que esquemas referentes ao domínio da desconexão e rejeição, como desconfiança/abuso, abandono/instabilidade e privação emocional estariam presentes nos indivíduos com dor crônica (T. H. Saariaho, Saariaho, Karila, & Joukamaa, 2011). Os domínios de EIDs presentes na DTM encontrados nesta pesquisa assemelham-se aos relatados nos pacientes com dores crônicas estudados

por T. H. Saariaho et al. (2011). Tal constatação sugere a existência de expectativas irreais de que as necessidades básicas desses indivíduos, como proteção, cuidado e estabilidade, principalmente, não seriam satisfeitas (Cazassa & Oliveira, 2012; Martin & Young, 2010).

Pacientes que apresentam dor crônica também podem manifestar esquemas de vulnerabilidade ao dano ou à doença e dependência/incompetência, que pertencem ao domínio da autonomia e desempenho prejudicados, bem como esquemas de negativismo/ pessimismo relacionado ao domínio de direcionamento para o outro (T. H. Saariaho et al. 2011). Cabe ressaltar que todos esses esquemas pesquisados por T. H. Saariaho et al. (2011) associavam-se, sobretudo, com o desenvolvimento de expectativas catastróficas acerca de si, do mundo externo e da doença. No caso de pacientes odontológicos com DTM, não se verificou a presença de EIDs de vulnerabilidade ao dano ou à doença, dependência/incompetência e negativismo/pessimismo. No entanto, os domínios dos esquemas apresentados na DTM coincidem com aqueles referidos pelo trabalho de T. H. Saariaho et al. (2011), que são domínios de direcionamento para o outro, associados a expectativas irreais sobre si mesmo, que impedem o indivíduo de tornar-se independente, e autonomia e desempenho prejudicados, em que o sujeito tende a priorizar as necessidades alheias por medo em perder o afeto, a aprovação e para evitar retaliações provindas dos outros, respectivamente (Martin & Young, 2010).

Com relação aos EIDs apresentados, na amostra de indivíduos com DTM revelaram-se maiores as médias dos esquemas de autossacrifício (média=18,10) e padrões inflexíveis/ postura crítica exagerada (média=16,75), respectivamente. Esses dados sugerem que os referidos esquemas podem ser mais frequentes nos pacientes com DTM, embora os dados não tenham sido significativos na análise efetuada ( $p > 0,05$ ). Segundo T. H. Saariaho, Saariaho, Karila, e Joukamaa, (2010), os EIDs de padrões inflexíveis/ postura crítica exagerada são mais frequentes em homens, enquanto esquemas de autossacrifício são mais comuns em mulheres. Tais esquemas associam-se com o cumprimento das necessida-

des alheias, de maneira voluntária, com vistas a poupar os outros de sofrimento, evitar culpa ou manter a relação com quem considera importante e a presença de padrões internos elevados, de modo a evitar sentimentos de desaprovação e vergonha (Young et al., 2008).

Além disso, as associações entre depressão e dor crônica também têm sido alvo de trabalhos recentes, no intuito de avaliar, em uma amostra de pacientes deprimidos, os EIDs relacionados à dor e à incapacidade por esta causada. Novamente, verificou-se que a dor crônica estava conectada com experiências emocionais negativas na infância. Contudo, no que se refere ao início dos sintomas, ainda não está claro se a dor crônica antecede a depressão, ou trata-se do inverso. A ideia defendida recentemente seria de uma coexistência simultânea dessas duas patologias, além de a depressão constituir um elemento diretamente associado com o grau de incapacidade gerado pela dor (A. S. Saariaho, Saariaho, Mattila, Karukivi, & Joukamaa, 2013; T. H. Saariaho, 2012; T. H. Saariaho et al., 2011; T. H. Saariaho, Saariaho, Karila, & Joukamaa, 2012a, 2012b). Embora os níveis de depressão encontrados nos pacientes com DTM tenham sido mínimos ou ausentes, os dados da presente investigação condizem com os estudos citados anteriormente, na medida em que se constatou a existência de sintomas depressivos e EIDs na amostra de pacientes em atendimento odontológico com DTM.

T. H. Saariaho (2012) e T. H. Saariaho et al. (2010) perceberam que, quando relacionados com o esquema de privação emocional, os pacientes, constantemente, apresentavam maior intensidade e frequência de sintomas de dor, gerando incapacidade. Ao que parece, quanto maior a frequência e a quantidade de EIDs apresentados, mais intensos são a duração, a incapacidade e a dor relatada pelos pacientes. A média da intensidade de dor mensurada na amostra de pacientes com DTM correspondeu a 5,75, tendo em vista uma escala de 1 a 10. Observou-se, ainda, com base na análise estatística dos testes de Mann-Whitney e Wilcoxon, a presença do EID de privação emocional, que, segundo a pesquisa de T. H. Saariaho et al. (2010), seria mais frequente

em pacientes com dores crônicas intensas, justificando o nível de dor moderado encontrado na amostra. Assim, entende-se, mais uma vez, que a predisposição e a manutenção à dor crônica estão diretamente relacionadas com experiências emocionais da infância.

## Considerações Finais

Com base no presente estudo, pode-se perceber que, ainda que se trate de uma patologia odontológica, a DTM relaciona-se, invariavelmente, com aspectos psicológicos como ansiedade, depressão e os EIDs. A análise estatística efetuada por meio dos testes de Mann-Whitney e Wilcoxon pode apontar diferenças significativas entre os grupos de sujeitos com e sem DTM.

Os EIDs evidenciados na amostra de pacientes com DTM referem-se à desconfiança/abuso, a subjugação e a inibição emocional. Contudo, esquemas de privação emocional, isolamento social/alienação e emaranhamento/self subdesenvolvido também demonstraram valores próximos ao nível de 5% de probabilidade.

A predominância de EIDs associados ao domínio da desconexão e rejeição em pacientes odontológicos com DTM reforça a existência de expectativas irreais acerca da sua dor, sugerindo, inclusive, que indivíduos com esta patologia teriam passado por experiências emocionais negativas durante a infância. Nesse sentido, entende-se que os esquemas apresentados pelos indivíduos com DTM podem influenciar de maneira significativa na intensidade e na manutenção da dor.

Embora tenham sido constatados resultados satisfatórios com a realização do presente trabalho, tornam-se necessários mais estudos sobre o tema. Levantamentos da prevalência de sintomas depressivos, ansiosos e de EIDs com amostras maiores são relevantes, na medida em que poderão apontar, com maior segurança, as tendências de diferença entre os grupos de pessoas com e sem DTM.

A realização de psicoterapia em pacientes com DTM auxilia na diminuição da intensidade de dor relatada pelos sujeitos. A compreensão dos elementos psicológicos relacionados à

DTM torna-se importante para auxiliar o clínico no direcionamento do processo de avaliação do paciente, ao indicar pontos que possam merecer atenção no tratamento psicoterápico.

## **Referências**

- Aggarwal, V. R., Lovell, K., Peters, S., Javidi, H., Joughin, A., & Goldthorpe, J. (2011). Psychosocial interventions for the management of chronic orofacial pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11(1). doi:10.1002/14651858.CD008456.pub2
- Araneda, P., Oyarzo, J. F., González, M., & Figueroa, C. (2013). Intervención psicológica en trastornos temporomandibulares: revisión narrativa. *Journal of Oral Research*, 2(2). doi:10.17126/JORALRES.2013.018
- Beck, J. S. (2013). *Terapia cognitiva: Teoria e prática*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Belfer, I. (2013). Nature and nurture of human pain. *Scientifica*, 1(1), 1-19. doi:10.1155/2013/415279
- Bezerra, B. P. N., Ribeiro, A. I. A. M., Farias, A. B. L. D., Farias, A. B. L. D., Fontes, L. D. B. C., Nascimento, S. R. D., ...Adriano, M. S. P. F. (2012). Prevalence of temporomandibular joint dysfunction and different levels of anxiety among college students. *Revista Dor*, 13(3), 235-242. doi:10.1590/S1806-00132012000300008
- Broch, J., Zanetti, F., Filter, V. P., & Silva, T. B. (2013). Avaliação com escalas de dor antes e após três e seis meses de uso de placa oclusal. *Revista da Faculdade de Odontologia-UPF*, 17(3), 309-313.
- Cazassa, M. J., & Oliveira, M. da S. (2012). Validação brasileira do Questionário de Esquemas de Young: Forma breve. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 29(1), 23-31. doi:10.1590/S0103-166X2012000100003
- Conti, P. C. R., Pinto-Fiamengui, L. M. S., Cunha, C. O., & Conti, A. C. D. C. F. (2012). Orofacial pain and temporomandibular disorders: The impact on oral health and quality of life. *Brazilian Oral Research*, 26(1), 120-123. doi:10.1590/S1806-83242012000700018
- Cordeiro, I. B., & Guimarães, A. S. (2012). Profile of patients with temporomandibular joint disorder: Main complaint, signs, symptoms, gender and age. *RGO - Revista Gaúcha de Odontologia*, 60(2), 143-148.
- Cunha, J. A. (2000). *Psicodiagnóstico-V*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Da Silva, J. A., & Ribeiro, N. P., Filho. (2011). A dor como um problema psicofísico. *Revista Dor*, 12(2), 138-151. doi:10.1590/S1806-00132011000200011
- Dozois, D. J. A., & Beck, A. T. (2011). Cognitive therapy. In J. D. Herbert & E. M. Forman, *Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: Understanding and applying the new therapies* (pp. 26-56). Hoboken, NJ: Wiley.
- Dugashvili, G., Menabde, G., Janelidze, M., Chichua, Z., & Amiranashvili, I. (2013). Temporomandibular joint disorder [Review]. *Georgian Medical News*, 215, 17-21. Retrieved from <http://www.geomednews.org/shared/issues/med215.pdf#page=21>
- Eccleston, C. (2011). A normal psychology of chronic pain. *Psychologist*, 24(6), 422-425.
- Fernandes, B. H. P., & Gomes, C. R. de G. (2011). Mecanismos e aspectos anatômicos da dor. *Revista Saúde e Pesquisa*, 4(2), 237-246.
- Fernandes, G., Franco, A. L., Gonçalves, D. A., Speciali, J. G., Bigal, M. E., & Camparis, C. M. (2013). Temporomandibular disorders, sleep bruxism, and primary headaches are mutually associated. *Journal of Orofacial Pain*, 27(1), 14-20. doi:10.11607/jop.921
- Ferreira, V. R. T. (n.d.). *LIS-D: Levantamento da Intensidade de Sintomas Depressivos*. Passo Fundo, RS. Manuscrito não publicado.
- Kuroiwa, D. N., Marinelli, J. G., Rampani, M. S., de Oliveira, W., & Nicodemo, D. (2011). Distúrbios temporomandibulares e dor orofacial: Estudo da qualidade de vida medida pelo *Medical Outcomes Study 36 – item short form Health Survey*. *Revista Dor*, 12(2), 93-98. doi:10.1590/S1806-00132011000200003
- Martin, R., & Young, J. E. (2010). Schema therapy. In K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (pp. 317-346). London: The Guilford Press.
- Melchior, M. D. O., Mazzetto, M. O., & Felício, C. M. D. (2012). Temporomandibular disorders and parafunctional oral habits: An anamnestic study. *Dental Press Journal of Orthodontics*, 17(2), 83-89. doi:10.1590/S2176-94512012000200016
- Okeson, J. P. (2008). *Tratamento das distúrbios temporomandibulares e oclusão*. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier.

- Oliveira, N. C. M., Machado, N. A. D. G., Siqueira, A. F. C., Simamoto, P. C., Jr., Silva, M. R., & Fernandes, A. J., Neto. (2012). Programa de acolhimento, tratamento e controle de pacientes com disfunção temporomandibular e dor orofacial: Experiência de seis anos. *Em Extensão*, 11(1), 36-43.
- Resende, C. M. B. M. D., Alves, A. C. D. M., Coelho, L. T., Alchieri, J. C., Roncalli, Â. G., & Barbosa, G. A. S. (2013). Quality of life and general health in patients with temporomandibular disorders. *Brazilian Oral Research*, 27(2), 116-121. doi:10.1590/S1806-83242013005000006
- Rocha, A. S. R. M. (2013). *Catastrofização da dor e percepção de doença em indivíduos com dor crônica* (Dissertação de mestrado, Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal).
- Rollman, A., Gorter, R. C., Visscher, C. M., & Naeije, M. M. (2013). Why seek treatment for temporomandibular disorder pain complaints? A study based on semi-structured interviews. *Journal of Orofacial Pain*, 27(3), 227-234. doi:10.11607/jop.1081
- Saariaho, A. S., Saariaho, T. H., Mattila, A. K., Karukivi, M. R., & Joukamaa, M. I. (2013). Alexithymia and depression in a chronic pain patient sample. *General Hospital Psychiatry*, 35(3), 239-245. doi:10.1016/j.genhosppsych.2012.11.011
- Saariaho, T. H. (2012). *Chronic pain, depressiveness and pain disability: The role of early maladaptive schemas among finnish pain patients and a control sample* (Doctoral dissertation, University of Tampere, Finland).
- Saariaho, T. H., Saariaho, A. S., Karila, I. A., & Joukamaa, M. I. (2010). Early maladaptive schemas in finnish adult chronic male and female pain patients. *Scandinavian Journal of Pain*, 1(4), 196-202. doi:10.1016/j.sjpain.2010.09.003
- Saariaho, T. H., Saariaho, A. S., Karila, I. A., & Joukamaa, M. I. (2011). Early maladaptive schemas in finnish adult chronic pain patients and a control sample. *Scandinavian Journal of Psychology*, 52(2), 146-153. doi:10.1111/j.1467-9450.2010.00849.x
- Saariaho, T. H., Saariaho, A. S., Karila, I. A., & Joukamaa, M. I. (2012a). Early maladaptive schema factors, chronic pain and depressiveness: A study with 271 chronic pain patients and 331 control participants. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19(3), 214-223. doi:10.1002/cpp.737
- Saariaho, T. H., Saariaho, A. S., Karila, I. A., & Joukamaa, M. I. (2012b). Early maladaptive schema factors, pain intensity, depressiveness and pain disability: An analysis of biopsychosocial models of pain. *Disability and Rehabilitation*, 34(14), 1192-1201. doi:10.3109/09638288.2011.638031
- Sartoretto, S. C., Dal Bello, Y., & Della Bona, A. (2012). Evidências científicas para o diagnóstico e tratamento da DTM e a relação com a oclusão e a Ortodontia. *Revista da Faculdade de Odontologia – UPF*, 17(3).
- Silva, J. A. M. G., Dibai, A. V., Filho, Machado, A. A., Oliveira, L. E. M., & Navega, M. T. (2012). Correlação entre autoestima e grau de severidade da disfunção temporomandibular em sujeitos controle e afetados. *Revista de Odontologia da UNESP*, 41(6), 377-383. doi:10.1590/S1807-25772012000600002
- Silveira, A. M., Feltrin, P. P., Zanetti, R. V., & Mautoni, M. C. (2007). Prevalência de portadores de DTM em pacientes avaliados no setor de otorrinolaringologia. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 73(4), 528-532. doi:10.1590/S0034-72992007000400012
- Sullivan, M. J. L. (2012). The communal coping model of pain catastrophising: Clinical and research implications. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 53(1), 32-41. doi:10.1037/a0026726
- Sydney, P. B. H., & Conti, P. C. R. (2011). Diretrizes para avaliação somatossensorial em pacientes portadores de disfunção temporomandibular e dor orofacial. *Revista Dor*, 12(4), 349-353. doi:10.1590/S1806-00132011000400012
- Teixeira, M. J., Siqueira, J. T. T., & Alvarez, F. K. (2012). Fisiopatologia da Dor/Glossário de Termos para a Semiologia da Dor. In M. J. Teixeira & J. T. T. Siqueira (Eds.), *Dores orofaciais: Diagnóstico e tratamento* (pp. 63-81). São Paulo, SP: Artes Médicas.
- Thimm, J. C. (2013). Early maladaptive schemas and interpersonal problems: A circumplex analysis of the YSQ-SF. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 13(1), 113-124.

Torres, L. D., Pérez, P. E. G., & Molerio, R. C. (2013). La disfunción temporomandibular y su relación con la ansiedad y los hábitos parafuncionales. *Mediciego*, 19(2).

Velly, A. M., Look, J. O., Carlson, C., Lenton, P. A., Kang, W., Holcroft, C. A., & Friction, J. R. (2011). The effect of catastrophizing and depression on chronic pain: A prospective cohort study of temporomandibular muscle and joint pain disorders. *Pain*, 152(10), 2377-2383. doi:10.1016/j.pain.2011.07.004

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2008). *Terapia do esquema: Guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras*. Porto Alegre, RS: Artmed.

*Recebido: 10/04/2014*  
*1ª revisão: 23/09/2014*  
*Aceite final: 04/12/2014*