Aspectos inconscientes da oralidade: a psicologia nas disfunções odontológicas*

DORA LORCH**

1. Introdução; 2. Revisão da literatura; 3. Estudo de um caso.

Aborda o lugar da psicologia e da inter-relação psicossomática na odontologia. O sistema emocional age no periodonto (gengiva), bem como provoca disfunção temporomandibular (ATM). Foram atendidas mulheres entre 20 e 30 anos — cinco casadas para sete solteiras — apresentando dificuldade de relacionamento sexual, agressividade reprimida, ineficiência ao descarregar suas frustrações, facilidade em somatizar suas emoções, dependência dos pais, maridos ou dentistas. Quando receberam alta, inexplicavelmente as dores retornaram. Os portadores da disfunção ATM trazem problemática odontológica, têm dificuldade em relacionar-se, extravasam-se discursando sobre seus sintomas físicos, o que os satisfaz no vínculo afetivo com o dentista. Um estudo de caso é apresentado.

1. Introdução

Quando se toma conhecimento que há uma psicóloga trabalhando em uma faculdade de odontologia, fica-se na dúvida de como seria sua atuação. Sabemos que o inconsciente se acha presente em todas as nossas atividades e em cada relacionamento, mas não sabemos mais concretamente como o psicossomático interfere em nosso organismo. Quanto mais no tocante a aspectos odontológicos. Isto se dá porque temos pouco contato com experiências que relacionem corpo e mente.

Só para dar um exemplo, a famosa experiência de Pavlov (1979), que demostrou a neurose experimental e o reflexo condicionado, deu como resultado dois tipos de reação: os chamados cães com "neurose experimental" e os cães

* Artigo apresentado à Redação em 20.9.85.
** Psicóloga, pesquisadora e professora de psicologia aplicada à odontologia. (Endereço da autora: Rua Silvio Sacramento, 205 — 05.408 — São Paulo, SP.)

portadores de dermatoses. Em outras palavras, a tensão seria descarregada ou ao nível do corpo (portanto, físico) ou emocional (portanto, psicológico).

Outro exemplo foi o efeito placebo que, como sabemos, é uma substância inócua, mas que teve seus efeitos colaterais discutidos pela pesquisa do Dr. Beecher (1980), da Faculdade de Medicina de Harvard, pois constatou que seus pacientes queixavam-se de sintomas comuns tais como sonolência, dores de cabeça, náuseas, entre outros.

Ainda podemos citar o Dr. Holmes (1974) que descobriu que seus pacientes sofriam de disfunções físicas diversas aproximadamente um ano após terem vivenciado fortes emoções em suas vidas. Ele explica o fato, demonstrando que as emoções afetavam diretamente o sistema imunológico do corpo, e desregulava o hormonal.

Ora, se estes estudos apontam problemas somáticos em geral, por que não pensar que estes distúrbios poderiam ocorrer ao nível odontológico?

Fica então a questão de como o corpo e o psicológico se interinfluenciariam. Mello Filho (1979) propôs o modelo freudiano, segundo o qual as enfermidades, para surgirem, dependeriam basicamente de três fatores:

1. o constitucional, ou da hereditariedade — que aqui chamaremos de físico;

2. o das vivências de infância ou dos acontecimentos desta fase — que aqui chamaremos de emocional ou psicológico (a estes dois fatores dá-se o nome de predisposição);

3. e, finalmente, o que seria o desencadeante. Em nossa opinião, este último poderia ser de fundo físico ou emocional, o que direcionaria a terapêutica a ser enfocada com mais ênfase.

Para tornar mais clara esta inter-relação, podemos pensar através de um exemplo mais concreto. Mellars e Herms (1951), da Universidade da Califórnia, perceberam que o sistema emocional do indivíduo interfere decisivamente no periodonto (gengiva) de seus pacientes. Isto porque seu humor faria com que os vasos capilares sangüíneos tivessem seu diâmetro alterado, tornando-os mais suscetíveis a problemas na área. Se uma pessoa fosse agitada por um período de tempo relativamente longo, seus capilares seriam alargados, com a biopsia local acusando obstrução e portanto maior fragilidade, o que propiciaria o aparecimento de hemorragias. Por outro lado, a pessoa continuamente "lentificada" apresentaria em sua biopsia local maior quantidade de capilares colapsados, mais estreitos do que o comum, resultando em uma mucosa mais esbranquiçada.

Estes estudos mostram como o emocional atua em nosso corpo, no entanto existem níveis menos concretos onde o inconsciente surge mas não é sempre notado.

Nossa área de pesquisa diz respeito a pacientes portadores da chamada disfunção temporomandibular, ou seja, disfunção da articulação temporomandibular (ATM). Algumas pessoas apresentam dor nesta região, assim como dores de ouvido, dor de cabeça, chegando até ao imobilismo (isto é, luxação e não constrição). As causas podem ser de origem muscular, cicatricial ou articular (Schwartz et alii, 1963). Nas disfunções musculares fica mais fácil ver os aspectos emocionais envolvidos.

No ambulatório trabalhamos em equipe, onde nenhuma profissão tem supremacia sobre a outra. A equipe compõe-se de cirurgiões-dentistas, fonoaudióloga, psicóloga e assistente social. Em alguns casos é utilizada a acupuntura.

Inicialmente eram atendidos indiscriminadamente todos os pacientes com a disfunção dolorosa, de modo a poder ser levantado o perfil psicológico dos mesmos. Atualmente, os casos atendidos vão desde bruxismo até casos de câncer bucal.

Esta população de "doentes" engloba em sua maioria mulheres entre 20 e 30 anos. Na pesquisa em questão, na proporção de cinco casadas para cada sete solteiras, todas apresentando visíveis dificuldades de relacionamento sexual. Estas mulheres tendiam a ser bem magras ou bem gordas. Em geral demonstravam dificuldades em lidar com sua agressividade, em dizer o que sentiam ou pensavam, ineficiência em descarregar suas frustrações, grande facilidade em somatizar suas emoções e relacionamento dependente de seus pais, maridos e/ou dentistas. Este último comportamento se tornava visível quando falávamos sobre a alta odontológica e, "misteriosamente", as dores retornavam na semana seguinte.

Não conseguíamos atinar como todos estes fatores estavam presentes nesta sintomatologia. Na realidade, os portadores de disfunção da ATM trazem em si a problemática dos pacientes odontológicos (psicologicamente falando) e talvez por isto sejam considerados a "grande incógnita" da odontologia, pois todas as áreas acreditam ter uma explicação para este problema. Primeiro, porque os pacientes apresentam dificuldades em se relacionar de maneira geral, e dificuldades em separar-se de um vínculo afetivo com seu dentista. Depois, porque normalmente apontam vários níveis de somatização, e justamente por sua dificuldade em se aproximar dos outros, só falam sobre suas disfunções físicas, e não querem inconscientemente ver-se livres desta fonte de contato humano. Há uma barreira em colocar-se afetivamente no mundo. Uma destas pacientes falava-me de sua impossibilidade em acariciar a filha, apesar de ter vontade e notar a carência da menina. E finalmente suas inúmeras dificuldades e empecilhos em relação ao sexo. Só para ilustrar, podemos citar que um determinado grupo de mulheres com que trabalhamos comentavam suas demoras em serem desvirginadas após o casamento, chegando em média a conseguirem "consumar o casamento" de três a seis meses após o enlace. Atualmente, uma paciente casada há oito meses, tinha abandonado o tratamento quando percebeu que suas dores a impediam de casar, e confessou ainda não ter conseguido manter um relacionamento sexual completo com seu marido. As dores da ATM pararam quando ela descobriu a emoção que a encobria; no entanto, isto não facilitou seu relacionamento sexual com o marido, e surgiram dores fortíssimas na coluna cervical.

No início não era claro onde sexo e oralidade se encaixavam, e o aspecto separação e agressividade, e tudo isto junto na disfunção da ATM, até que descobrimos os textos de Aberastury (1961) e sua equipe, realizados na Faculdade de Odontologia da Universidade de Buenos Aires.

2. **Revisão da literatura**

É notório que Freud (Aberastury et alii, 1961) já correlacionava o sonho de arrancar dentes (no menino) com masturbação, e o sonho da queda dental com

o castigo pela masturbação. Também o próprio Freud falava sobre cáries de vinte-e-quatro horas, causadas por problemas de ordem emocional, onde o indivíduo se encontrava sob forte tensão emocional, propiciando o aparecimento de dentes cariados.

Quando nascemos, nosso contato com o mundo vem essencialmente da nossa boca, nossa única fonte de prazer. Mais ou menos por volta dos seis meses, coincide o desmame com o nascimento do primeiro dente. Portanto, o dente passa a simbolizar não somente situações de amparo e cuidado materno e paterno perdidas, como também por sua temporalidade, as primeiras experiências de organização genital (Aberastury et alii, 1958).

Assim, a dentição poderá ficar associada ao "abandono", à perda do estado simbiótico com a mãe. Nesta ocasião, quando as fantasias agressivas já existem, o surgimento do dente torna possível estas manifestações. Abraham (1970) lembra que nesta fase o músculo do corpo mais poderoso é o masseter (o principal responsável pelas dores nas disfunções da ATM) e os dentes são os únicos que possuem dureza suficiente para agredir os objetos. Ainda o mesmo autor nos fala das fantasias de destruição do objeto amado, engolindo-o, mordendo-o. Caso estas fantasias persistam no adulto, ele experimentará o desejo sexual no sentido de querer incorporar o objeto amado engolindo-o. Tais fantasias provocam tal sentimento de culpa, que estas pessoas não mais conseguem alimentar-se de forma nenhuma, pois, como já vimos, acumulam em seu inconsciente sentimentos de culpa de origem sexual primitivas. A fixação pelo oposto seria o paciente que sente-se aliviado pondo qualquer tipo de drogas na boca, independente de prescrição médica. Talvez por aí possamos entender o efeito placebo.

É também por volta dos seis meses que surgem os jogos de fazer sumir e reaparecer os objetos. Isto é explicado pelo fato de a criança encontrar-se na fase oral canibalista, onde os impulsos destrutivos fazem com que ela tenha necessidade de separar-se da mãe para não destruí-la e ao mesmo tempo de recuperar o objeto amado, o que mais tarde resultará na marcha e no falar (Aberastury et alii, 1958). A linguagem permite a reconstrução mágica dos objetos, e o andar, a possibilidade de procurá-los.

Vamos deter-nos e aprofundar um pouco a genitalidade nesta época. Ao nascer o primeiro dente, e perder a mãe, a criança põe em movimento os mecanismos de elaboração do luto e conseqüentemente a busca de outra forma de união (Aberastury et alii, 1964). Ao perder o vínculo oral, a criança encontra-se como no momento de seu nascimento, ou seja, dispondo de tendências orais, anais e genitais. Mas desta vez organiza-se a fase genital prévia, pois os órgãos genitais são os únicos capazes de recuperar a união perdida com a mãe, uma vez que a oralidade foi recentemente descartada.

Baseando-se em um conceito de Winnicot, Heimann (Aberastury et alii, 1964) assinalou que o bebê, ao nascer, "alucina" um objeto capaz de satisfazer suas necessidades e desejos e desde o primeiro contato com o seio, ou com o objeto real, passa a modificá-lo de acordo com a realidade experimentada. Aplica-se este mesmo conceito à genitalidade, ou seja, no tocante à função genital. Melanie Klein (Aberastury et alii, 1967) propõe o mesmo mecanismo de alucinação do peito para a alucinação da satisfação genital, ou seja, do pênis.

Por outro lado, a experiência da criança é de penetração, como forma de acalmar as tensões dolorosas. A fome desaparece frente à introdução de um alimento na boca. Em outras palavras, algo penetra na sua boca e a fome cessa. Aberastury cita várias crianças que diziam ser a vagina sua segunda boca, chegando a alimentá-la e até usar chupeta (Aberastury et alii, 1967).

Dependendo de como esta fase é vivenciada, poderá haver complicações ou não na vida adulta, como veremos mais tarde. No entanto, o aumento das ansiedades é tanto (de origem oral e genital) que a criança precisa de alguma forma expulsá-las, e, segundo Aberastury, dá-se o início da fase anal (Aberastury et alii, 1958).

Entre três e sete anos, a criança estaria no chamado "complexo de Édipo". É justamente por volta dos sete anos que os dentes decíduos (de leite) começam a cair. Poderá ficar gravado na criança, a relação entre queda dental e complexo de castração. Touson (1977) comenta em seu artigo o medo de uma menininha por anestesia, e que através de exploração psicológica ficou claro seu medo de ser castrada pelo dentista enquanto anestesiada.

A psicanálise das neuroses demonstra que muito freqüentemente a boca perdeu seu significado como zona erógena somente no tocante ao consciente, e que tal sentido ainda persiste no inconsciente através de formações substitutivas, às quais conhecemos como sintomas neuróticos (Abraham, 1970).

Ora, nós aprendemos, pela observação, que as pessoas que se aferram à sucção infantil por prazer acham-se incrível e seriamente tolhidas no desenvolvimento de sua sexualidade. Seus instintos de nutrição e de sexualidade permanecem até certo ponto entrelaçados. Por exemplo, são encontrados em alguns adultos homens, onde a libido é fortemente reprimida, o intenso e impulsivo desejo de chupar doces muito lentamente (Abraham, 1970).

É sabida a relação entre sexualidade e oralidade. A "fome voraz" que acomete em sua maioria mulheres é freqüentemente notada em mulheres frias nas quais a libido encontra-se reprimida. No climatério, muitas pessoas costumam dar mais atenção à nutrição do que costumavam dar antes, ou seja, paralelamente à retrogressão das funções sexuais surge um aumento do interesse em matéria de alimento. Fazem também deste tema assunto de conversa (Abraham, 1970). Por outro lado, o neurótico pode usar o estímulo oral agradável para dissipar sua depressão, como já vimos, introduzindo qualquer coisa na boca, e sentindo alívio. Além disto, há trabalhos que mostram que a dor diminui significativamente a depressão e a angústia (Branick & Swenson, 1968).

O sugar pode permanecer como fonte de prazer até a idade adulta, também distinguível em certos beijos, que passam a constituir a essência do desejo sexual. Sabemos que os indivíduos que aqui chamamos de "chupador de polegar" pronunciado (Abraham, 1970), adultos, não apresentam em regra geral qualquer acentuação libidinal particular das funções de ingerir alimentos. Pelo contrário, tais pessoas freqüentemente possuem antipatia por comida, especialmente o leite e a carne, e sofrem ânsia de vômitos e náuseas. Destes podemos dizer que sua libido atingiu certa independência do instinto nutritivo, apesar da zona oral manter seu papel predominante. Na vida real mostram muitos sinais do mais forte repúdio à sexualidade, e em suas fantasias a boca é usada para propósitos predominantemente sexuais, apesar de acompanhada de sensações de náuseas e horror.

3. Estudo de um caso

A. veio procurar-me em meu consultório após anos de dor. Tinha mais de trinta anos, solteira, trabalhando como governanta em uma residência. Queixava-se de dores na articulação temporomandibular. Realmente, a tensão muscular era tanta que sua pele tornava-se avermelhada naquela região. Tinha-se submetido a um tratamento odontológico constituído por sessões de desgaste seletivo, o que, segundo ela, desequilibrou sua articulação. *A.* era muito magra, cabelos bem curtos, raros sinais de que era mulher. Seu andar lembrava o descompasso de alguém com paralisia cerebral. Seus movimentos eram extremamente lentos e assimétricos, assim como sua conversa era pausada: havia muitos momentos de silêncio antes dela responder a qualquer pergunta. Ela foi criada pela mãe até cinco anos, depois foi "dada" a uma família para ser criada. Quando começou a apegar-se a estas pessoas, sua mãe tirou-a de lá e entregou-a a outra família. Isto aconteceu três vezes, até que *A.* percebeu que não poderia apegar-se a pessoa nenhuma, e resolveu criar um vira-lata que foi morto a pauladas, na sua frente, por um vizinho. *A.* era bastante fechada, até pouco tempo com comportamentos de birra infantilizados, como urinar à noite, chupar o dedo, ficar chorosa ao reclamar de alguma coisa, até ameaçando jogar certos objetos em mim quando fazia algum tipo de interpretação.

Ela, no início do tratamento, apresentou regressão acentuada, voltando a tomar unicamente leite, não conseguindo comer nada sólido, e pedindo com freqüência o meu seio. Chegou a "roubar" restos de mamadeira de crianças que cuidava. Começamos a mostrar-lhe que ela queria ser tratada e cuidada outra vez por alguém, que fosse ou fizesse as vezes de sua mãe. Também apontamos sua recusa em ver-se como adulta. Trabalhamos com ênfase a fase esquizo-paranóide: sua divisão do mundo em coisas boas e ruins e sua agressividade depositada ora no mundo, ora nela mesma, criando sua hipocondria (Segal, 1916).

Aos poucos foi ficando mais claro para ela sua dificuldade em entregar-se a situações onde ela poderia de qualquer maneira perder o controle (Lower, 1979), como admitir o vínculo afetivo comigo, ou conseguir dormir sistematicamente horas seguidas. Fomos então trabalhando estas fantasias de abandono, de perda de controle (receio por sua agressividade) e desnutrição (pela raiva, seio bom/seio mau). Nesta ocasião tirei férias de uma semana, e *A.* parou de comer e desmaiou três vezes no meio da rua, indo parar em um pronto-socorro.

Todas estas situações faziam-na sentir-se desamparada, e ela queria largar o tratamento, pois não agüentava a angústia de poder ser abandonada, tinha que abandonar primeiro. Neste caso, o caminho possível era lidar com sua raiva e fantasias de autodestruição.

Ao falar de situações ansiógenas, *A.* apresentava bruxismo (ranger de dentes) audível e a pele da região da articulação ficava completamente vermelha. Tomava somente leite, até conseguir falar sobre sua sexualidade, passando então para sucos de frutas e comidas batidas em liquidificador mas sem temperos, e rejeitando completamente o leite. Tentou comer sólidos (reclamava de fome), mas alegou que mordia as bochechas ao mastigar, e que ficava cansada com isto.

Em uma sessão ela trouxe a fantasia de querer morder uma cenoura, e pediu-me para morder uma cenoura para ela e dar-lhe os pedaços. Aliás, sua irmã fazia isto. Durante esta sessão comentou que, quando criança, sua única forma de agressão era morder, até o dia em que a mãe deu-lhe um tapa na boca. Quis morder uma cenoura e não conseguiu. Nesta época ela trazia a problemática de ser mulher e ter menstruação. Para poder menstruar, foi necessário que um médico perfurasse seu hímen, que segundo ela não tinha nenhuma comunicação com o exterior. A menstruação para ela era sinônimo de estar podre por dentro, e sentia muita raiva ao ser notada por homens. Era visível neste momento sua agressão ao pênis masculino (e sua inveja dele) surgindo em querer ser homem.

Comentou certa vez que os abortos da mãe eram falados na sua frente. Ela não conseguia entender o que era aquilo, mas vinham carregados de culpa. Trouxe nesta mesma semana o desejo de estar grávida, de morder uma cenoura, e comparou absorvente com fralda. Contou que parou de chupar o dedo ao dormir, e falou sobre sua inveja e ódio de seus irmãos. Trabalhamos aí seu ciúme por outros pacientes e por meus filhos que ela queria matar. Era comum trazer seu ódio da mãe tentando às vezes negá-la. Dizia que ela nasceu porque a mãe se entregou a um prazer temporário, não tendo um homem fixo.

A. falava muito de seus receios em cuidar de um menino pequeno, porque tinha medo de "machucar seu negocinho", que era muito frágil.

É interessante frisar que este tipo de paciente tem dificuldade enorme em lidar com questões de ordem sexual, negando sistematicamente, desentendendo-se etc. Neste caso ela tapava os ouvidos, agredia-me, dizia que eu não entendia nada, chamando-me de boba, ou dizendo "lá vem ela de novo falando destas sujeiras". As interpretações, por mais suaves que fossem e por mais cuidado que eu tivesse, esbarravam em suas resistências e costumavam manifestar nela o desejo de "fechar todos os seus buracos". *A.* tinha resistência em comer, em defecar, menstruar, relacionar-se sexualmente. Em alguns casos, segurava a urina por longos períodos, por exemplo, durante uma sessão terapêutica.

É interessante notar que *A.* não possuía nenhuma abertura em seu hímen, o que teve que ser feito artificialmente por um médico, que até hoje ela amaldiçoa. Em certa ocasião uniu a menstruação com a agressão à sua mãe. Procuramos neste caso trabalhar a retenção de suas coisas, ou seja, sua dificuldade em deixar qualquer coisa escapar de seu controle.

A. trazia muitos sonhos, mas vamos lembrar de um: "Está com uma caneca de leite na mão, e tenta pular um muro três vezes a sua altura. Uma criança pergunta por que ela não tenta outro caminho, o que sua mãe responde que tentará quando perceber que este não vai dar certo. Pega um atalho cheio de escadas e encontra uma menina e um menino medindo-se (são irmãos) e ela quer os passes (de ônibus) dele que são de cor diferente dos dela. A caneca continua em sua mão e ela não sabe ao certo seu tamanho (dela, criança ou adulto)." Este sonho nos diz de sua dificuldade em definir-se sexualmente, da inveja do pênis, certa sensação de impotência, de ser pequena e frágil. Certa ocasião, surgiu a preocupação com os filhos da terapeuta, de seu marido. Foi trabalhado o quanto ela tinha ciúmes destas relações fora dela, de como ela queria destruir os filhos que ainda não tinham vin-

gado, na terapeuta e em sua mãe, assim como seu ódio pelos seus irmãos — ela queria matá-los. Por incrível que pareça, este tipo de interpostação era bem aceita, ela concordava com estas fantasias e justificava dizendo que a mãe largou os filhos pelo mundo. Em outras ocasiões, ficava muito quieta e, quando questionada a respeito, respondia "é claro". Sua sensação persecutória exatamente pela sua fantasia agressiva fez com que se apegasse a uma fronha que usava para deitar durante a sessão terapêutica, sentindo-se segura em sua presença, como se esta delimitasse seu território.

À medida que sua terapia caminhava, e sua agressividade tornava-se consciente, o medo enorme de seu poder destrutivo fazia-a afastar-se de todos que ela gostava, ou mantinha algum tipo de vínculo afetivo. Criava tensão muscular dolorosa, e a relação entre terapeuta e sua mãe fazia-se cada vez mais clara em sonhos a ponto de ela mesma poder fazer esta relação em terapia. Tinha receio de ser abandonada outra vez, de ser capaz de destruir quem ela amava. Nesta situação trabalhávamos seus receios de ser abandonada, sua destrutividade fantasiosa. Havia, quando se tratava deste assunto, uma constante, uma tentativa de afastamento do problema que se manifestava por faltas, atrasos, afastamentos dos mais diversos, culminando em uma reaproximação. Era e ainda é bastante comum nestas ocasiões o querer sair da terapia, alegando motivos absurdos como horário (após pedir para mudar para o horário de sua conveniência) etc. Um detalhe interessante diz respeito a ela querer sempre ser a última a ser atendida.

Resumindo, vimos que estes pacientes apresentam características da angústia da separação, distúrbios de sexualidade e dificuldade em lidar com sua agressividade. O caminho normal destes tratamentos é tratar do vínculo afetivo assustador pelo receio de seus impulsos agressivos e seu medo em ser abandonado e destruído. Seus impulsos destrutivos são tão fortes que, atualmente, esta paciente está envolvida com uma família onde o marido ameaçou a esposa e ela de morte, e ambas andam fugindo dele pelo Brasil. Uma vez por semana *A.* vem para São Paulo fazer terapia. Ela está permitindo-se viver desta forma, o que de certo modo vivencia internamente com sua agressividade. Infelizmente, nós terapeutas temos como papel analisar a situação e os aspectos inconscientes, e cabe ao paciente resolver e enfrentar a situação.

Quero acrescentar que esta paciente largou este emprego, conseguindo trabalhar em uma casa mais equilibrada e por um salário bem melhor.

Abstract

Discusses the place of psychology and the psychossomatic interrelation in odontology. The emotional system acts not only in the periodont (gums) but also provokes mandibular-temple dysfunction (ATM). Twelve women, 5 married and 7 single, age from 20 to 30 years, were assisted. They presented difficulties in sexual relation, repressed aggressiveness, incapacity in relieving their frustration, easiness in turning somatic their emotions, parents, husbands or dentists dependence. When they were discharged, inexplicably the pains reappeared. ATM patients have odontological problems, difficulty in interhuman relationship, extravasated by talking about their physical symptoms. This obviously statistics them in the affective link with the dentist. The paper also presents the study of a case.

Referências bibliográficas

Aberastury, A. La existencia de la organización genital previa en el lactente. *Revista Brasileira de Psicanálise, 1*(1):18, 1967.

——— et alii. La dentición, la marcha y el lenguaje en relación con la posición depresiva. *Revista de Psicoanálisis, 15*(1-2):41, 1958.

——— et alii. La dentición, sus significados y sus consecuencias en el desarrollo. *Bol. AAON, 32*(4):20-1, 1961.

——— et alii. La fase genital prévia. *Revista de Psicoanálisis, 21*(3):203, 1964.

Abraham, K. *Teoria psicanalítica da libido*. Rio de Janeiro, Imago, 1970.

Beecher. In: Benson, H. *Medicina humanista*. São Paulo, Brasiliense, 1980.

Branick & Swenson. In: Alling, C. *Facial pain*. Philadelphia, Lea Febinger, 1968.

Holmes, T. In: Howard, R. & Lewin. *Fenômenos psicossomáticos*. Rio de Janeiro, Martins Fontes, 1974.

Lowen, A. *O corpo traído*. São Paulo, Summus, 1979.

Mellars & Herms. Investigation of neuropathologic manifestation of oral tissues III. A further study in the mechanism of cause and action which interrelate psychogenetic and other transformation changes. *Am. J. Orth.*, 37(1-6):13-27, 1951.

Mello Filho, J. *Concepção psicossomática: visão atual*. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1979.

Pavlov. In: Spitz, R. *O primeiro ano de vida*. São Paulo, Martins Fontes, 1979.

Schwartz, L. et alii. *Affecciones de la articulación témporo-mandibular*. Buenos Aires, Mundi, 1963.

Segal, H. *Introdução à obra de Melanie Klein*. Rio de Janeiro, Imago, 1916.

Touson, S. El instrumental y las maniobras odontológicas: fantasías y ansiedad que originan en el niño. *AAON*, (1):28-33, 1977.

