

УДК 159.91, 159.9:61, 616-008

DOI

Эволюция мировых клинико-психологических подходов к лечению бруксизма:
историко-психологический обзор

Анастасия Д. Дубинская

¹ *Международный университет восстановительной медицины, Москва, Россия*

² *Клиника нейромышечной реабилитации «Ревитоника», Москва, Россия*
dubinskaya@revitonica.ru

Аннотация. В работе представлен систематический историко-психологический обзор эволюции подходов к лечению бруксизма (непроизвольного сжатия челюстей и/или скрежетания зубами вследствие эпизодического сокращения жевательных мышц). Актуальность исследования обусловлена широкой распространённостью бруксизма как сложного расстройства, влияющего на стоматологические, неврологические и психоэмоциональные аспекты и существенно снижающего качество жизни и социальную активность. Несмотря на очевидную роль хронического стресса, тревожных и депрессивных состояний в патогенезе бруксизма, классические стоматологические методы оказываются преимущественно симптоматическими и не устраняют первопричину, что ведёт к частым рецидивам. В результате необходима интеграция психологических стратегий в современные схемы лечения. Целью исследования явился историко-психологический обзор эволюции подходов к лечению бруксизма — от бихевиоральных техник до когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) и биопсихосоциальной модели. Было проанализировано 58 источников, включая систематические обзоры, рандомизированные исследования, практические руководства. Применен сравнительный и контент-анализ литературных данных с выделением исторических этапов. Результаты анализа показали, что ранние методы коррекции бруксизма были преимущественно поведенческими, ориентировались на ортодонтические устройства и биологическую обратную связь; с 1990-х годов акцент сместился к персонализированной КПТ и далее – биопсихосоциальной модели, которая в настоящее время требует существенной доработки и междисциплинарной координации.

Ключевые слова: бруксизм, хронический стресс, когнитивно-поведенческая терапия, биопсихосоциальная модель, психологическая коррекция бруксизма.

Abstract. This paper presents a systematic historical and psychological review of the evolution of approaches to bruxism treatment (involuntary jaw clenching and/or teeth grinding resulting from episodic contraction of the masticatory muscles). The relevance of the study is determined by the high prevalence of bruxism as a complex disorder that affects dental, neurological, and psycho-emotional aspects, significantly reducing quality of life and social activity. Despite the clear role of chronic stress, anxiety, and depressive states in the pathogenesis of bruxism, classical dental methods remain predominantly symptomatic and do not address the root cause, leading to frequent relapses. As a result, the integration of psychological strategies into modern treatment regimens is essential. The aim of the study was to carry out a historical and psychological review of the evolution of bruxism management approaches—from behavioral techniques to cognitive behavioral therapy (CBT) and the biopsychosocial model. Fifty-eight sources were analyzed, including systematic reviews, randomized controlled trials, and practical guidelines. Comparative and content analysis of the literature was performed, identifying historical stages. The results demonstrated that early methods of bruxism correction were primarily behavioral, focused on orthodontic devices and biofeedback; since the 1990s, emphasis shifted to personalized CBT and later to the biopsychosocial model, which currently requires significant further development and interdisciplinary coordination.

Keywords: bruxism, chronic stress, cognitive behavioral therapy, biopsychosocial model, psychological correction of bruxism

Введение: постановка проблемы

Актуальность проблемы бруксизма обусловлена его высокой распространенностью и сложностью патогенеза, затрагивающего стоматологические, неврологические и психоэмоциональные аспекты. Бруксизм диагностируется у 6–33% взрослого населения и может проявляться не только болями и дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава, но и выраженными нарушениями качества жизни, самооценки, социальной активности [Иванов, 2022, Каргиева, 2023, Archer et al, 2023]. Современные исследования однозначно выделяют ведущую роль хронического стресса, тревожности и депрессивных состояний в формировании психосоматической природы бруксизма. [Polmann et al, 2021; Zieliński et al, 2024].

Учитывая, что классические стоматологические методы, такие как использование капп, коррекция прикуса и ботулинотерапия, зачастую оказываются

направленными преимущественно на временное купирование симптомов бруксизма и не устраняют его первопричину, отмечается высокая вероятность рецидива [Lobbezoo et al., 2023; Verhoeff et al., 2025; Nagi et al., 2025]. В связи с этим интеграция психологических подходов признана необходимым компонентом современной коррекции бруксизма [StatPearls. Bruxism Management, 2024; Hwangbo, 2025]

Несмотря на большое количество научных работ, проблема бруксизма до сих пор недостаточно изучена как на теоретическом, так и на прикладном уровне. По-прежнему отсутствует научный консенсус по вопросам оптимального сочетания стоматологических и психологических вмешательств, а опыт междисциплинарного сотрудничества специалистов остается несистематизированным. Доказательная база эффективности когнитивно-поведенческой терапии при бруксизме также ограничена из-за разнородности протоколов, их труднодоступности, малых исследуемых выборок, что не позволяет выработать единые клинические стандарты и интегрировать полученные результаты в повседневную практику [Minakuchi et al., 2022; Sameer, 2025].

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

Материал и методы исследования

Для проведения историко-психологического обзора был осуществлён комплексный анализ 58 научной публикации, посвящённой эволюции теории и практики коррекции бруксизма.

Поиск и отбор литературы производился в ведущих международных и российских научных базах данных — Lens.Org, PubMed, Scopus, Web of Science, Cochrane Library, CyberLeninka, eLIBRARY и Google Scholar.

В исследовании применялся метод систематического обзора литературы, охватывающий период с 1960-х годов до 2025 года, с акцентом на публикации, соответствующие критериям научной новизны, клинической значимости и рецензируемости (таблица 1).

Таблица 1.

Количественное распределение источников по категориям публикаций

Категория публикаций	Количество статей
Систематические обзоры, метаанализы, научные обзоры	29
Рандомизированные контролируемые исследования (РКИ)	8
Ключевые клинические руководства	3
Оригинальные эмпирические исследования	16
Фундаментальные теоретические работы	2
Итого:	58

В качестве первичных материалов рассматривались:

- систематические обзоры, метаанализы, научные обзоры;
- рандомизированные контролируемые исследования;
- публикации ведущих международных экспертов по стоматологии, неврологии, клинической психологии;
- ключевые клинические руководства;
- оригинальные зарубежные эмпирические исследования.

Критерии включения: научные публикации, в которых представлены данные о клинических, психологических, физиологических или реабилитационных аспектах лечения бруксизма

Критерии исключения: повторяющиеся публикации, публикации с отсутствием доступа к полному тексту.

Обсуждение результатов

В ходе анализа литературы были выявлены ключевые этапы становления и трансформации стратегий лечения бруксизма, отражающие общий сдвиг от симптоматических стоматологических мер к более комплексным, клинико-психологическим моделям.

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

Исторический анализ литературы по коррекции соматических расстройств в 1960–1980-е годы свидетельствует, что на данный этап характеризовался

доминированием бихевиоральных моделей в коррекции бруксизма. Теоретическую основу западных исследований составляли биологические концепции стресса, среди них — теория общего адаптационного синдрома Ганса Селье и генетически-конституциональные теории стресса [Selye, 1976, Fuller et all, 1978; Dworkin, 1979].

Основное внимание в коррекции в этот период уделялось поведенческим моделям и прикладным методам терапии, которые включали мышечную релаксацию, биологическую обратную связь, гипноз [Kardachi, Clarke, 1977; Cannistraci, 1976; McManus, 1980; Cherasia, 1986].

Когнитивное направление находилось лишь в стадии формирования. Так, в научной литературе отмечалось общее влияние различных психоэмоциональных факторов на патогенез соматических расстройств (стресс, депрессия, тревожность), однако личностные профили пациентов и психодиагностика, применяемые к бруксизму, ещё были не ясны. [Olkinuora, 1972; Dworkin, Massoth, 1979, Turner, Romano 1985].

Первой научной попыткой рандомизированного исследования оценки психологических методов при бруксизме стала работа профессора стоматологии Хосе М. Касас и соавторов [Casas et all, 1982]. В данной работе сравнивали два подхода: индивидуальные консультации по снижению стресса и тренинги с использованием биологической обратной связи. Результаты показали, что оба метода сходным образом уменьшают активность жевательных мышц. Несмотря на ограничения (небольшая выборка, короткое наблюдение, отсутствие отдаленного периода), данная работа определила направление для будущих исследований.

Несмотря на то, что когнитивно-поведенческая терапия уже к 1970–1980-м годам занимала ведущие позиции в общей психотерапевтической практике, в сферу стоматологии она начала активно интегрироваться лишь с конца 1980-х — начала 1990-х годов. До этого наблюдались лишь отдельные пилотные и эмпирические попытки применения психологических методов.

1990–2000: расхождение

стоматологической и психологической школ

Конец XX века (1990–2000-е годы) характеризовался отсутствием единой междисциплинарной модели лечения: стоматологический подход продолжал доминировать, тогда как психологические методы, включая отдельные элементы

когнитивно-поведенческой терапии, применялись лишь как дополнительные меры и редко становились основой для стандартных клинических руководств.

Широкое применение стоматологических методов — капп, шин и окклюзионных конструкций — определяло стандарты коррекции: психотерапевтические технологии рассматривались прежде всего как вспомогательные направления [Al Quaran, Lyons, 1999; Clark et al., 1999; Dao, Lavigne, 1998; Attanasio, 1997].

В то же время в клинической психологии стремительно развивалась идея биопсихосоциального подхода к хронической боли и психосоматическим расстройствам (Dennis C. Turk, Terry E. Rudy, Hassan S. Zaki, S.F. Dworkin, J.A. Turner), однако внедрение этих принципов в стоматологическую практику происходило значительно медленнее

Так, исследования пионеров в этой области —Денниса Тёрка, Терри Руди и Хассан Заки (Dennis C. Turk, Terry E. Rudy, Hassan S. Zaki) — показали, что бруксизм обусловлен не только физиологическими причинами, но и психосоциальными факторами, а также склонностью к катастрофическому мышлению (ожидать худший сценарий, преувеличивать опасность и строить негативные прогнозы будущих событий) [Turk, 1993; Turk et al., 1993]. Работы этих учёных акцентировали биопсихосоциальный характер бруксизма, где психологические и эмоциональные особенности пациента существенно влияют на проявление и течение симптомов.

Особый вклад в развитие персонализированной когнитивно-поведенческой терапии для пациентов с хронической лицевой болью и бруксизмом внесла профессор клинической психологии Джудит Тёрнер (Judith Turner). В своих исследованиях она развивала проблему индивидуальных психологических особенностей и копинг-стратегий, способствующих развитию бруксизма, особое внимание уделяя таким факторам, как склонность к катастрофическому мышлению, низкая самооффективность и неэффективные паттерны совладания со стрессом. [Turner, Romano, 1985; Turner et al., 2000; Turner et al., 2001].

Клиническое доказательство эффективности КПТ в этот период продемонстрировали Дж. К. Окли (Jade K. Oakley) и соавторы, показав устойчивый терапевтический эффект психотерапии у пациентов с височно-нижнечелюстными расстройствами (включая бруксизм), которым не помогало стандартное стоматологическое лечение [Oakley et al., 1994].

В данный период активное развитие получила психометрическая диагностика бруксизма и нарушений ВНЧС. Один из ведущих мировых специалистов в области психосоматики Стивен Дворкин (Stephen F. Dworkin) внес ключевой вклад в междисциплинарную диагностику, впервые разработав диагностическую систему RDC/TMD, объединяющую стоматологические и психометрические показатели бруксизма [Dworkin, LeResche, 1992; Dworkin et al., 1994, 1999].

Таким образом, 1990–2000-е годы стали временем параллельного развития стоматологической и психологической школ, что привело к отсутствию единого эффективного подхода к лечению бруксизма. Стоматология сосредоточилась на аппаратных и ортопедических методах, а психологическая наука — на когнитивно-поведенческих и биопсихосоциальных стратегиях. В этот период специалисты обеих областей действовали самостоятельно, и идея необходимости их взаимодействия только начинала формироваться.

2000–2010-е: новая парадигма:

от фармакотерапии к комплексному подходу

Во втором десятилетии XXI века стало очевидно, что традиционные стоматологические методы коррекции бруксизма — такие как окклюзионные каппы, шины и сплинты — имеют ограниченную терапевтическую эффективность [Macedo et al., 2007; Cochrane Oral Health Group, 2007; Jagger, 2008]. Несмотря на то, что эти устройства обеспечивали защиту зубов от износа, они не воздействовали на ключевые патогенетические механизмы бруксизма. Кроме того, наблюдения показали, что после прекращения использования капп и шин симптомы бруксизма возвращались, а во многих случаях их использование закрепляло вредную привычку стискивать зубы или скрежетать им из-за ощущения "безопасности" для зубов [Orthlieb et al., 2013].

В связи с этим научное и клиническое сообщество сосредоточило усилия на поиске новых подходов к лечению пациентов с бруксизмом, в связи с чем наблюдалось широкое использование фармакологических методов, в первую очередь связанных с использованием ботулинического токсина [Lee et al., 2010; Guarda-Nardini, 2008].

Поворотным моментом в терапии бруксизма в 2000–2010-е годы стало научное признание ведущей роли центральной нервной системы в развитии этого расстройства [Kato et al., 2001, 2003]. Именно это открытие стало стимулом для возвращения интереса к когнитивно-поведенческой терапии как к методу, способному

воздействовать на ключевые механизмы бруксизма и обеспечивать долгосрочные клинические эффекты.

В этот период стали активно разрабатываться структурированные КПТ-протоколы, чья эффективность была подтверждена в ряде рандомизированных исследований [Litt et al., 2009, 2010; Ommerborn et al., 2007; Ohrbach, 2006].

Благодаря этому, 2000–2010-е годы ознаменовали переход к более комплексному и патогенетически обоснованному подходу к коррекции бруксизма, сместив акцент с исключительно стоматологических и фармакологических методов на психологические стратегии.

*2010 г. – н.в. от разрозненных методов
к биопсихосоциальной модели*

В последние два десятилетия стал формироваться целостный мультидисциплинарный подход к терапии бруксизма, объединяющий стоматологию, миофункциональную ортодонтию, психологию и реабилитационную медицину. Такой сдвиг связан с тем, что даже признанные «золотым стандартом» методы, в частности ботулотоксин, оказались не лишены существенных ограничений — осложнениями, долгосрочными последствиями многократных инъекций, асимметрией лица, слабостью жевательных мышц и т.д. [Lee et al., Trindade 2015; Motta et al. 2023; Ratyna et al., 2024 Tekin, 2024].

Ключевой проблемой стало и то, что использование ботулотоксина не предотвращает сами эпизоды бруксизма и не оказывает патогенетического воздействия лечением на развитие этого состояния [Орлова, 2018].

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

Ключевым популяризатором и разработчиком биопсихосоциальной парадигмы применительно к бруксизму и височно-нижнечелюстным расстройствам стал итальянский ученый Даниэле Манфредини (Daniele Manfredini) [Manfredini et al., 2013, 2015, 2018], который стал рассматривать бруксизм как многофакторное расстройство, зависящее от взаимодействия стоматологических, неврологических, психологических и социальных детерминант.

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

Рост дальнейших клинических исследований в 2015–2025 годах подтвердил эффективность психологических вмешательств в терапии бруксизма. Многочисленные РКИ показали, что КПТ и стресс-менеджмент снижают субъективную боль, мышечную активность и уровень тревожности у пациентов, особенно в составе междисциплинарных схем [Trindade et al., 2015; Manfredini et al., 2015; Iwasaki, 2018; Amorim R et al., 2020; Minakuchi et al., 2022].

В настоящее время все современные международные клинические руководства, экспертные консенсусы и авторитетные обзоры признают важность включения психотерапевтических и поведенческих вмешательств в мультидисциплинарные протоколы лечения бруксизма [StatPearls. Bruxism Management, 2024; Hwangbo, 2025; Verhoeff et al., 2025a, Verhoeff et al., 2025b)]. Появляются инструменты для комплексного психосоциального скрининга (опросники по тревоге, депрессии, копинг-стратегиям) для выявления групп пациентов с бруксизмом [Manfredini, 2024, Lobbezoo et al., 2023].

Ограничения доказательной базы когнитивно-поведенческой терапии

Большинство современных международных обзоров указывает, что доказательная база эффективности когнитивно-поведенческой терапии при бруксизме до сих пор остаётся ограниченной: наблюдается разнородность протоколов, малые выборки, кратковременность периодов наблюдения и отсутствие единых стандартов проведения лечения [Minakuchi et al., 2022; Hwangbo et al., 2025; Sameer, 2025]. Это значительно снижает применимость полученных результатов в реальной клинической практике и не позволяет однозначно утверждать, превосходит ли КПТ альтернативные подходы или служит к ним лишь дополнением.

Кроме того, в настоящее время отсутствует единое методическое пособие или открыто опубликованная структурированная программа клинико-психологической коррекции бруксизма, направленная на работу с патопсихологическими особенностями личности пациентов. Клинические психологи зачастую используют разные, индивидуально адаптированные методы, что исключает возможность универсального подхода и препятствует самостоятельному обучению по готовым материалам.

Ограничения биопсихосоциальной модели

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

На практике границы между задачами стоматолога и клинического психолога остаются размытыми: зачастую неясно, кто должен инициировать диагностику и коррекцию эмоциональных и поведенческих компонентов бруксизма [Portales, 2015; Brighenti N. et al., 2023; Lal, 2024]. Это приводит к фрагментации помощи, когда врачи и психологи действуют в рамках собственной компетенции, а междисциплинарное взаимодействие становится формальным. Например, стоматолог может ограничиться назначением защитной каппы, не затрагивая психоэмоциональные триггеры заболевания, а психолог, в свою очередь, оставляет без внимания физиологические аспекты.

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

Заключение

Историко-психологический анализ показал, что эволюция мировых психологических подходов к лечению бруксизма отражает фундаментальный сдвиг в научном и клиническом восприятии от бихевиоральных и биомеханических методов раннего периода к биопсихосоциальной модели. Исторический путь

продемонстрировал, что успешная коррекция бруксизма невозможна без учета комплексного взаимодействия физиологических, психологических и социальных факторов.

Особый интерес представляет отечественная традиция: развитие советской психологии и психотерапии в ряде направлений опередило западные подходы — прежде всего благодаря системному и деятельностному анализу, а также ранней институционализации личностно-ориентированной психотерапии при работе с психосоматическими и личностными расстройствами. Эти достижения требуют отдельного, более подробного освещения и сопоставления с международными практиками.

Тем не менее, доказательная база психологической коррекции бруксизма всё ещё нуждается в широкой стандартизации и усилении качества исследований, а вопросы организационной интеграции биопсихосоциальной модели — в проработке и лучшей междисциплинарной координации. Это открывает перспективы для дальнейших научных поисков и совершенствования клинической практики, делая сферу психотерапевтической профилактики и коррекции бруксизма одной из самых современных и востребованных в медицине XXI века.

Литература

- Каргиева З.Р. (2023) Бруксизм, как патологический фактор окклюзии в современной стоматологии // Вестник науки, 5(1(58)), 289–291.
- Орлова О.Р. (2018) Бруксизм как неврологическая проблема (обзор литературы) // Нервно-мышечные болезни, 8(1), 20–27. DOI: 10.17650/2222-8721-2018-8-1-20-27.
- Орлова О.Р., Алексеева А.Ю., Мингазова Л.Р., Коновалова З.Н., Медовникова Д.В., Сойхер Е.М., Сойхер М.И., Сойхер М.Г. (2019) Бруксизм: методика применения и результаты лечения ботулиническим нейтропротеином (Релатокс) // Нервно-мышечные болезни, 9(2), 12–20. DOI: 10.17650/2222-8721-2019-9-2-12-20.
- Иванов И.И. (2022) Распространённость бруксизма среди разных возрастных групп // Журнал медицинской психологии, 14(3), 45–52.
- Al Quran F.A., Lyons M.F. (1999) The immediate effect of hard and soft splints on EMG activity of the masseter and temporalis muscles. *Journal of Oral Rehabilitation*, 26(6), 559–564.
- Amorim C.S.M., Espirito Santo A.S., Sommer M., Marques A.P. (2018) Effect of Physical Therapy in Bruxism Treatment: A Systematic Review. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 41(6), 530–538. <https://doi.org/10.1016/j.jmpt.2017.12.002>
- Archer A.B., Da-Cas C.D., Valesan L.F. et al. (2023) Prevalence of awake bruxism in the adult population: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Oral Investigations*, 27(12), 7007–7018. <https://doi.org/10.1007/s00784-023-05302-w>
- Attanasio R. (1997) An overview of bruxism and its management. *Dental Clinics of North America*, 41, 229–241.

Brighenti N., Battaglino A., Sinatti P., Abuín-Porras V., Sánchez Romero E.A., Pedersini P., Villafañe J.H. (2023) Effects of an interdisciplinary approach in the management of temporomandibular disorders: A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 2777. <https://doi.org/10.3390/ijerph20042777>

Cannistraci A.J. (1976) A method to control bruxism: biofeedback-assisted relaxation therapy. *Journal of the American Society for Preventive Dentistry*, 6, 12–15.

Casas J.M., Beemsterboer P., Clark G.T. (1982) A comparison of stress-reduction behavioral counseling and contingent nocturnal EMG feedback for the treatment of bruxism. *Behaviour Research and Therapy*, 20, 9–15.

Cherasia M., Parks L. (1986) Suggestions for use of behavioral measures in treating bruxism. *Psychological Reports*, 58(3), 719–722.

Clark G.T., Tsukiyama Y., Baba K., Watanabe T. (1999) Sleep bruxism: a review. *Journal of the American Dental Association*, 130(7), 1019–1028. <https://doi.org/10.14219/jada.archive.1999.0361>

Cochrane Oral Health Group. Macedo C.R., Silva A.B., Machado M.A., Saconato H., Prado G.F. (2007) Occlusal splints for treating sleep bruxism (tooth grinding). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4: CD005514. https://www.cochrane.org/evidence/CD005514_occlusal-splints-treating-sleep-bruxism-tooth-grinding

Dao T.T., Lavigne G.J. (1998) Oral splints: the crutches for temporomandibular disorders and bruxism? *Critical Reviews in Oral Biology and Medicine*, 9(3), 345–361. <https://doi.org/10.1177/10454411980090030701>

Dworkin S.F., Le Resche L. (1992) Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. *Journal of Craniomandibular Disorders: Facial & Oral Pain*, 6(4), 301–355.

Dworkin S.F., Massoth D.L. (1979) Behavioral therapy for bruxism. *Dental Clinics of North America*, 23(3), 219–231.

Dworkin S.F., Turner J.A., Huggins K.H. et al. (1999) Tailoring TMD treatment: Cognitive-behavioral therapy (CBT) with usual treatment for dysfunctional cases. Abstract presented at the International Association for the Study of Pain 9th World Congress on Pain, Vienna, Austria, August.

Dworkin S.F., Turner J.A., Wilson L., Massoth D., Whitney C., Huggins K.H., Burgess J., Sommers E., Truelove E. (1994) Brief group cognitive-behavioral intervention for temporomandibular disorders. *Pain*, 59(2), 175–187. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(94\)90070-1](https://doi.org/10.1016/0304-3959(94)90070-1)

Fuller J.L., Thompson W.R. (1978) *Foundations of Behavior*. Mosby, St Louis.

Guarda-Nardini L., Manfredini D., Salamone M., Salmaso L., Bosco M. (2008) Efficacy of botulinum toxin in treating nocturnal bruxism: a placebo-controlled, randomized, double-blind clinical study. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 4(3), 284–288. <https://doi.org/10.5664/jcsm.27260>

Hwangbo N.K., Woo K.C., Kim S.T., Ogino Y. (2025) Effectiveness of cognitive behavioral therapy in managing bruxism: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/19424396.2025.2474834>

Iwasaki S., et al. (2018) Efficacy of cognitive-behavioral therapy for patients with chronic pain in temporomandibular disorders: systematic review and meta-analysis. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*, 11(2), 500–509.

Jagger R. (2008) The effectiveness of occlusal splints for sleep bruxism. *Evidence-Based Dentistry*, 9, 23. <https://doi.org/10.1038/sj.ebd.6400569>

Kardachi B.J., Clarke N.G. (1977) The use of biofeedback to control bruxism. *Journal of Periodontology*, 48(10), 639–642. <https://doi.org/10.1902/jop.1977.48.10.639>

Kato T., Thie N.M.R., Huynh N., Miyawaki S., Lavigne G.J. (2003) Topical review: Sleep bruxism and the role of peripheral sensory influences. *Journal of Orofacial Pain*, 17, 191–213.

Kato T., Thie N.M., Montplaisir J.Y., Lavigne G.J. (2001) Bruxism and orofacial movements during sleep. *Dental Clinics of North America*, 45, 657–684.

Lal S.J., Sankari A., Weber K.K. (2024) Bruxism Management. In: StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL).

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482466/>

Lee S.C., Kim J.Y., Lee Y.J., Choi Y.J., Kim H.J., Lee S.Y., Kim S.H. (2023) Botulinum toxin injection for treating masseter hypertrophy and bruxism: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Medicine*, 12(14), 4586.

<https://doi.org/10.3390/jcm12144586>

Lee S.J., McCall W.D., Kim Y.K., Chung S.C., Chung J.W. (2010) Effect of botulinum toxin injection on nocturnal bruxism: a randomized controlled trial. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 89(1), 16–23.

<https://doi.org/10.1097/PHM.0b013e3181bc0c78>

Litt M.D., Shafer D.M., Ibanez C.R., Kreutzer D.L., Tawik-Yonkers Z. (2009) Momentary pain and coping in temporomandibular disorder pain: exploring mechanisms of cognitive behavioral treatment for chronic pain. *Pain*, 145, 160–168.

Litt M.D., Shafer D.M., Kreutzer D.L. (2010) Brief Cognitive-Behavioral Treatment for TMD Pain: Long-Term Outcomes and Moderators of Treatment. *Pain*, 151(1), 110–116.

Lobbezoo F., Manfredini D., Winocur E., Aarab G., De Laat A., De Leeuw R., Lavigne G.J. (2023) Bruxism: A multifactorial condition involving psychological, neurological, and occlusal factors. *Journal of Oral Rehabilitation*, 50(2), 154–169.

<https://doi.org/10.1111/joor.13399>

Lobbezoo F., Ahlberg J., Raphael K., Wetselaar P., Aarab G., Manfredini D. (2023) The bruxism screener (BruxScreen): Development, pilot testing and face validity. *Journal of Oral Rehabilitation*, 50(2), 154–169. <https://doi.org/10.1111/joor.13442>

Macedo C.R., Silva A.B., Machado M.A., Saconato H., Prado G.F. (2007) Occlusal splints for treating sleep bruxism (tooth grinding). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4: CD005514. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005514.pub2>

Manfredini D., Ahlberg J., Winocur E., Lobbezoo F. (2015) Management of sleep bruxism in adults: A qualitative systematic literature review. *Journal of Oral Rehabilitation*, 42(11), 862–874. <https://doi.org/10.1111/joor.12320>

Manfredini D., Colonna A., Bracci A., Lobbezoo F. (2018) Bruxism: A summary of current knowledge on aetiology, assessment and management. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*, 126(3), 290–297.

<https://doi.org/10.1016/j.oooo.2018.05.014>

McManus T.A. (1980) A Behavioral Program for the Management of Nocturnal Bruxism. PhD thesis. California School of Professional Psychology.

Minakuchi H., Fujisawa M., Abe Y., Iida T., Oki K., Okura K., et al. (2022) Managements of sleep bruxism in adult: A systematic review. *Japanese Dental Science Review*, 58(1), 62–72. <https://doi.org/10.1016/j.jdsr.2021.11.001>

Motta L.J., Silva T.R.S., Fernandes K.P.S., Bussadori S.K., Emílio J.O. (2023) Management of bruxism: A review of the literature. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(7), 6349.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10380379/>

Nagi R., Singh S., Sharma A. (2025) Effectiveness of cognitive behavioral therapy in managing bruxism. *Journal of Oral Rehabilitation*, Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/joor.13552>

Oakley M.E., McCreary C.P., Clark G.T., Holston S., Glover D., Kashima K. (1994) A cognitive-behavioral approach to temporomandibular dysfunction treatment failures: a controlled comparison. *Journal of Orofacial Pain*, 8, 397–401.

Olkinuora M. (1972) Stress and bruxism: A behavioral approach. *Journal of Behavioral Medicine*, 5(2), 108–119.

Ommerborn M.A., Schneider C., Giraki M., Schäfer R., Handschel J., Franz M., et al. (2007) Effects of an occlusal splint compared with cognitive-behavioral treatment on sleep bruxism activity. *European Journal of Oral Sciences*, 115(1), 7–14. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0722.2007.00417.x>

Orthlieb J.-D., Tran T.-N.-N., Camoin A., Mantout B. (2013) Propositions for a cognitive behavioral approach to bruxism management. *International Journal of Stomatology & Occlusion Medicine*, 6(1), 6–15. <https://doi.org/10.1007/s12548-012-0072-5>

Polmann H., Réus J.C., Massignan C., et al. (2021) Association between sleep bruxism and stress symptoms in adults: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Oral Rehabilitation*, 48(5), 621–631.

Portales D.D.G., López de Medrano V., Rodríguez A., Cossío M. (2015) Bruxism: Beyond teeth. An inter- and multidisciplinary perspective. *Revista Mexicana de Ortodoncia*, 3(2), 126–131. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=57875>

Ratyna K., Bochenek O., Koper M., Kałuża J., Konaszczuk A., Nowak A., Kozyra O., Szypuła Z., Paluch K., Skarbek M. (2024) Adverse effects of treating bruxism and masseter muscle hypertrophy with botulinum toxin injection—a literature review. *Quality in Sport*, 21, 54012. <https://doi.org/10.12775/QS.2024.21.54012>

Sameer P.P., Kumar R., Alqahtani A., Hassan M., Sharma N. (2025) Evaluating Treatment Options for Sleep Bruxism and Their Impact. *Archives of Medical and Medical Science*, 13(4), 200–209.

Selye H. (1976) *Stress in Health and Disease*. Butterworths, Boston.

Tekin S., Gungor K., Tuncel I., Cosgun E., Aksoy S., Gunay Y. (2024) Botulinum toxin therapy for bruxism: A review of the literature and a case report. *Cureus*, 16(5), e53362. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11203296/>

Trindade M.O., Orestes-Cardoso S., de Siqueira T.C. (2015) Interdisciplinary treatment of bruxism with an occlusal splint and cognitive behavioral therapy. *General Dentistry*, 63(5), 4.

Turk D.C. (1993) Psychosocial and behavioral assessment of patients with temporomandibular disorders: A review of instruments and profiles. *Journal of Orofacial Pain*, 7(1), 17–27. [https://doi.org/10.1016/S1079-2104\(97\)90093-7](https://doi.org/10.1016/S1079-2104(97)90093-7)

Turk D.C., Zaki H.S., Rudy T.E. (1993) Effects of intraoral appliance and biofeedback/stress management alone and in combination in treating pain and depression in patients with temporomandibular disorders. *Journal of Prosthetic Dentistry*, 70(2), 158–164.

Turner J.A., Dworkin S.F., Mancl L., Huggins K.H., Truelove E.L. (2001) The roles of beliefs, catastrophizing, and coping in the functioning of patients with temporomandibular disorders. *Pain*, 92(1–2), 41–51. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(00\)00469-3](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(00)00469-3)

Turner J.A., Jensen M.P., Romano J.M. (2000) Do beliefs, coping, and catastrophizing independently predict functioning in patients with chronic pain? *Pain*, 85(1–2), 115–125. [https://doi.org/10.1016/s0304-3959\(99\)00259-6](https://doi.org/10.1016/s0304-3959(99)00259-6)

Turner J.A., Romano J.M. (1985) Chronic pain and depression: does the evidence support a relationship? *Psychological Bulletin*, 97(1), 18–34.

Verhoeff A., Manfredini D., Lobbezoo F. (2025) Psychosocial factors associated with bruxism. *Oral Health Research*, 39(1), 12–21. <https://doi.org/10.1007/s41405-025-00215-y>

Verhoeff, M.C., Lobbezoo, F., Ahlberg, J., Bender, S., Bracci, A., Colonna, A., Dal Fabbro, C., Durham, J., Glaros, A.G., Häggman-Henrikson, B., et al. (2025) ‘Updating the Bruxism Definitions: Report of an International Consensus Meeting’, *Journal of Oral Rehabilitation*, 52(9), pp. 1335–1342. Available at: <https://doi.org/10.1111/joor.13985> [Accessed 20 September 2025].

References

- Ivanov, I.I. (2022) Prevalence of bruxism among different age groups. *Zhurnal Meditsinskoy Psikhologii* [Journal of Medical Psychology], 14(3), pp. 45–52.
- Kargieva, Z.R. (2023) Bruxism as a pathological occlusal factor in modern dentistry. *Vestnik Nauki*, 5(1(58)), pp. 289–291.
- Orlova, O.R. (2018) Bruxism as a neurological problem (literature review). *Nervno-myshyechnyye Bolezni* [Neuromuscular Diseases], 8(1), pp. 20–27. <https://doi.org/10.17650/2222-8721-2018-8-1-20-27>.
- Orlova, O.R., Alekseeva, A.Yu., Mingazova, L.R., Konovalova, Z.N., Medovnikova, D.V., Soikher, E.M., Soikher, M.I., Soikher, M.G. (2019) Bruxism: method of application and results of treatment with botulinum neuroprotein (Relatox). *Nervno-myshyechnyye Bolezni* [Neuromuscular Diseases], 9(2), pp. 12–20. <https://doi.org/10.17650/2222-8721-2019-9-2-12-20>.
- Al Quran F.A., Lyons M.F. (1999) The immediate effect of hard and soft splints on EMG activity of the masseter and temporalis muscles. *Journal of Oral Rehabilitation*, 26(6), 559–564.
- Amorim C.S.M., Espirito Santo A.S., Sommer M., Marques A.P. (2018) Effect of Physical Therapy in Bruxism Treatment: A Systematic Review. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 41(6), 530–538. <https://doi.org/10.1016/j.jmpt.2017.12.002>
- Archer A.B., Da-Cas C.D., Valesan L.F. et al. (2023) Prevalence of awake bruxism in the adult population: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Oral Investigations*, 27(12), 7007–7018. <https://doi.org/10.1007/s00784-023-05302-w>
- Attanasio R. (1997) An overview of bruxism and its management. *Dental Clinics of North America*, 41, 229–241.
- Brighenti N., Battaglini A., Sinatti P., Abuín-Porras V., Sánchez Romero E.A., Pedersini P., Villafañe J.H. (2023) Effects of an interdisciplinary approach in the management of temporomandibular disorders: A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 2777. <https://doi.org/10.3390/ijerph20042777>
- Cannistraci A.J. (1976) A method to control bruxism: biofeedback-assisted relaxation therapy. *Journal of the American Society for Preventive Dentistry*, 6, 12–15.
- Casas J.M., Beemsterboer P., Clark G.T. (1982) A comparison of stress-reduction behavioral counseling and contingent nocturnal EMG feedback for the treatment of bruxism. *Behaviour Research and Therapy*, 20, 9–15.
- Cherasia M., Parks L. (1986) Suggestions for use of behavioral measures in treating bruxism. *Psychological Reports*, 58(3), 719–722.
- Clark G.T., Tsukiyama Y., Baba K., Watanabe T. (1999) Sleep bruxism: a review. *Journal of the American Dental Association*, 130(7), 1019–1028. <https://doi.org/10.14219/jada.archive.1999.0361>
- Cochrane Oral Health Group. Macedo C.R., Silva A.B., Machado M.A., Saconato H., Prado G.F. (2007) Occlusal splints for treating sleep bruxism (tooth grinding). *Cochrane*

Database of Systematic Reviews, Issue 4: CD005514.

https://www.cochrane.org/evidence/CD005514_occlusal-splints-treating-sleep-bruxism-tooth-grinding

Dao T.T., Lavigne G.J. (1998) Oral splints: the crutches for temporomandibular disorders and bruxism? *Critical Reviews in Oral Biology and Medicine*, 9(3), 345–361. <https://doi.org/10.1177/10454411980090030701>

Dworkin S.F., Le Resche L. (1992) Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. *Journal of Craniomandibular Disorders: Facial & Oral Pain*, 6(4), 301–355.

Dworkin S.F., Massoth D.L. (1979) Behavioral therapy for bruxism. *Dental Clinics of North America*, 23(3), 219–231.

Dworkin S.F., Turner J.A., Huggins K.H. et al. (1999) Tailoring TMD treatment: Cognitive-behavioral therapy (CBT) with usual treatment for dysfunctional cases. Abstract presented at the International Association for the Study of Pain 9th World Congress on Pain, Vienna, Austria, August.

Dworkin S.F., Turner J.A., Wilson L., Massoth D., Whitney C., Huggins K.H., Burgess J., Sommers E., Truelove E. (1994) Brief group cognitive-behavioral intervention for temporomandibular disorders. *Pain*, 59(2), 175–187. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(94\)90070-1](https://doi.org/10.1016/0304-3959(94)90070-1)

Fuller J.L., Thompson W.R. (1978) *Foundations of Behavior*. Mosby, St Louis.

Guarda-Nardini L., Manfredini D., Salamone M., Salmaso L., Bosco M. (2008) Efficacy of botulinum toxin in treating nocturnal bruxism: a placebo-controlled, randomized, double-blind clinical study. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 4(3), 284–288. <https://doi.org/10.5664/jcsm.27260>

Hwangbo N.K., Woo K.C., Kim S.T., Ogino Y. (2025) Effectiveness of cognitive behavioral therapy in managing bruxism: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/19424396.2025.2474834>

Iwasaki S., et al. (2018) Efficacy of cognitive-behavioral therapy for patients with chronic pain in temporomandibular disorders: systematic review and meta-analysis. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*, 11(2), 500–509.

Jagger R. (2008) The effectiveness of occlusal splints for sleep bruxism. *Evidence-Based Dentistry*, 9, 23. <https://doi.org/10.1038/sj.ebd.6400569>

Kardachi B.J., Clarke N.G. (1977) The use of biofeedback to control bruxism. *Journal of Periodontology*, 48(10), 639–642. <https://doi.org/10.1902/jop.1977.48.10.639>

Kato T., Thie N.M.R., Huynh N., Miyawaki S., Lavigne G.J. (2003) Topical review: Sleep bruxism and the role of peripheral sensory influences. *Journal of Orofacial Pain*, 17, 191–213.

Kato T., Thie N.M., Montplaisir J.Y., Lavigne G.J. (2001) Bruxism and orofacial movements during sleep. *Dental Clinics of North America*, 45, 657–684.

Lal S.J., Sankari A., Weber K.K. (2024) *Bruxism Management*. In: StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482466/>

Lee S.C., Kim J.Y., Lee Y.J., Choi Y.J., Kim H.J., Lee S.Y., Kim S.H. (2023) Botulinum toxin injection for treating masseter hypertrophy and bruxism: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Medicine*, 12(14), 4586. <https://doi.org/10.3390/jcm12144586>

Lee S.J., McCall W.D., Kim Y.K., Chung S.C., Chung J.W. (2010) Effect of botulinum toxin injection on nocturnal bruxism: a randomized controlled trial. *American Journal of*

Physical Medicine & Rehabilitation, 89(1), 16–23.

<https://doi.org/10.1097/PHM.0b013e3181bc0c78>

Litt M.D., Shafer D.M., Ibanez C.R., Kreutzer D.L., Tawik-Yonkers Z. (2009) Momentary pain and coping in temporomandibular disorder pain: exploring mechanisms of cognitive behavioral treatment for chronic pain. *Pain*, 145, 160–168.

Litt M.D., Shafer D.M., Kreutzer D.L. (2010) Brief Cognitive-Behavioral Treatment for TMD Pain: Long-Term Outcomes and Moderators of Treatment. *Pain*, 151(1), 110–116.

Lobbezoo F., Manfredini D., Winocur E., Aarab G., De Laat A., De Leeuw R., Lavigne G.J. (2023) Bruxism: A multifactorial condition involving psychological, neurological, and occlusal factors. *Journal of Oral Rehabilitation*, 50(2), 154–169.

<https://doi.org/10.1111/joor.13399>

Lobbezoo F., Ahlberg J., Raphael K., Wetselaar P., Aarab G., Manfredini D. (2023) The bruxism screener (BruxScreen): Development, pilot testing and face validity. *Journal of Oral Rehabilitation*, 50(2), 154–169. <https://doi.org/10.1111/joor.13442>

Macedo C.R., Silva A.B., Machado M.A., Saconato H., Prado G.F. (2007) Occlusal splints for treating sleep bruxism (tooth grinding). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4: CD005514. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005514.pub2>

Manfredini D., Ahlberg J., Winocur E., Lobbezoo F. (2015) Management of sleep bruxism in adults: A qualitative systematic literature review. *Journal of Oral Rehabilitation*, 42(11), 862–874. <https://doi.org/10.1111/joor.12320>

Manfredini D., Colonna A., Bracci A., Lobbezoo F. (2018) Bruxism: A summary of current knowledge on aetiology, assessment and management. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*, 126(3), 290–297.

<https://doi.org/10.1016/j.oooo.2018.05.014>

McManus T.A. (1980) A Behavioral Program for the Management of Nocturnal Bruxism. PhD thesis. California School of Professional Psychology.

Minakuchi H., Fujisawa M., Abe Y., Iida T., Oki K., Okura K., et al. (2022) Managements of sleep bruxism in adult: A systematic review. *Japanese Dental Science Review*, 58(1), 62–72. <https://doi.org/10.1016/j.jdsr.2021.11.001>

Motta L.J., Silva T.R.S., Fernandes K.P.S., Bussadori S.K., Emílio J.O. (2023) Management of bruxism: A review of the literature. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(7), 6349.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10380379/>

Nagi R., Singh S., Sharma A. (2025) Effectiveness of cognitive behavioral therapy in managing bruxism. *Journal of Oral Rehabilitation*, Advance online publication.

<https://doi.org/10.1111/joor.13552>

Oakley M.E., McCreary C.P., Clark G.T., Holston S., Glover D., Kashima K. (1994) A cognitive-behavioral approach to temporomandibular dysfunction treatment failures: a controlled comparison. *Journal of Orofacial Pain*, 8, 397–401.

Olkinuora M. (1972) Stress and bruxism: A behavioral approach. *Journal of Behavioral Medicine*, 5(2), 108–119.

Ommerborn M.A., Schneider C., Giraki M., Schäfer R., Handschel J., Franz M., et al. (2007) Effects of an occlusal splint compared with cognitive-behavioral treatment on sleep bruxism activity. *European Journal of Oral Sciences*, 115(1), 7–14.

<https://doi.org/10.1111/j.1600-0722.2007.00417.x>

Orthlieb J.-D., Tran T.-N.-N., Camoin A., Mantout B. (2013) Propositions for a cognitive behavioral approach to bruxism management. *International Journal of Stomatology & Occlusion Medicine*, 6(1), 6–15. <https://doi.org/10.1007/s12548-012-0072-5>

Polmann H., Réus J.C., Massignan C., et al. (2021) Association between sleep bruxism and stress symptoms in adults: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Oral Rehabilitation*, 48(5), 621–631.

Portales D.D.G., López de Medrano V., Rodríguez A., Cossío M. (2015) Bruxism: Beyond teeth. An inter- and multidisciplinary perspective. *Revista Mexicana de Ortodoncia*, 3(2), 126–131. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=57875>

Ratyna K., Bochenek O., Koper M., Kałuża J., Konaszczuk A., Nowak A., Kozyra O., Szypuła Z., Paluch K., Skarbek M. (2024) Adverse effects of treating bruxism and masseter muscle hypertrophy with botulinum toxin injection—a literature review. *Quality in Sport*, 21, 54012. <https://doi.org/10.12775/QS.2024.21.54012>

Sameer P.P., Kumar R., Alqahtani A., Hassan M., Sharma N. (2025) Evaluating Treatment Options for Sleep Bruxism and Their Impact. *Archives of Medical and Medical Science*, 13(4), 200–209.

Selye H. (1976) *Stress in Health and Disease*. Butterworths, Boston.

Tekin S., Gungor K., Tuncel I., Cosgun E., Aksoy S., Gunay Y. (2024) Botulinum toxin therapy for bruxism: A review of the literature and a case report. *Cureus*, 16(5), e53362. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11203296/>

Trindade M.O., Orestes-Cardoso S., de Siqueira T.C. (2015) Interdisciplinary treatment of bruxism with an occlusal splint and cognitive behavioral therapy. *General Dentistry*, 63(5), 4.

Turk D.C. (1993) Psychosocial and behavioral assessment of patients with temporomandibular disorders: A review of instruments and profiles. *Journal of Orofacial Pain*, 7(1), 17–27. [https://doi.org/10.1016/S1079-2104\(97\)90093-7](https://doi.org/10.1016/S1079-2104(97)90093-7)

Turk D.C., Zaki H.S., Rudy T.E. (1993) Effects of intraoral appliance and biofeedback/stress management alone and in combination in treating pain and depression in patients with temporomandibular disorders. *Journal of Prosthetic Dentistry*, 70(2), 158–164.

Turner J.A., Dworkin S.F., Mancl L., Huggins K.H., Truelove E.L. (2001) The roles of beliefs, catastrophizing, and coping in the functioning of patients with temporomandibular disorders. *Pain*, 92(1–2), 41–51. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(00\)00469-3](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(00)00469-3)

Turner J.A., Jensen M.P., Romano J.M. (2000) Do beliefs, coping, and catastrophizing independently predict functioning in patients with chronic pain? *Pain*, 85(1–2), 115–125. [https://doi.org/10.1016/s0304-3959\(99\)00259-6](https://doi.org/10.1016/s0304-3959(99)00259-6)

Turner J.A., Romano J.M. (1985) Chronic pain and depression: does the evidence support a relationship? *Psychological Bulletin*, 97(1), 18–34.

Verhoeff A., Manfredini D., Lobbezoo F. (2025) Psychosocial factors associated with bruxism. *Oral Health Research*, 39(1), 12–21. <https://doi.org/10.1007/s41405-025-00215-y>

Verhoeff, M.C., Lobbezoo, F., Ahlberg, J., Bender, S., Bracci, A., Colonna, A., Dal Fabbro, C., Durham, J., Glaros, A.G., Häggman-Henrikson, B., et al. (2025) ‘Updating the Bruxism Definitions: Report of an International Consensus Meeting’, *Journal of Oral Rehabilitation*, 52(9), pp. 1335–1342. Available at: <https://doi.org/10.1111/joor.13985> [Accessed 20 September 2025].

Информация об авторе

Анастасия Дмитриевна Дубинская, кандидат психологических наук, Международный университет восстановительной медицины. Москва, Российская Федерация, Клиника нейро-мышечной реабилитации «Ревитоника»,

dubinskaya@revitonica.ru.

Anastasia Dmitrievna Dubinskaya, Cand. of Sci. (Psychology), International University of Restorative Medicine, Moscow, Russia; Clinic of Neuromuscular Rehabilitation “Revitonica”, Moscow, Russia; dubinskaya@revitonica.ru