

TERESA BACHANEK¹, KATARZYNA JARMOLIŃSKA¹, EWA WOLAŃSKA¹,
MONIKA SAPUŁA¹, ADAM PERZYŃSKI²

Maski depresyjne u pacjentów leczonych stomatologicznie. Opis przypadków

Case studies of depression masks in dental patients

Streszczenie

Depresja jest chorobą, która może powodować trudności diagnostyczne i przyjmować „maski” dolegliwości fizycznych, odwracając uwagę od psychicznych źródeł problemu. Chorzy z zaburzeniami psychiatrycznymi są niejednokrotnie bezskutecznie leczeni stomatologicznie. Zaburzenia układu narządu żucia, bóle mięśni twarzy, zębów, powodują maskowanie objawów nerwicy, depresji lub bólów psychogennych. W obliczu takich objawów pacjenci całymi miesiącami są leczeni w gabinetach specjalistycznych, laboratoriach i szpitalach. Wykonują wiele zbędnych badań, a niektórzy bywają poddawani zabiegom operacyjnym.

Leczenie stomatologiczne u tych chorych trwa często nawet kilka lat, jest nieskuteczne, a pacjenci sądzą, że ich zły stan psychiczny był skutkiem przewlekłego bólu, który w konsekwencji niejednokrotnie doprowadza do uzależnienia od leków przeciwbólowych. W przypadku depresji maskowanych najważniejsza jest trafna diagnoza i szybkie włączenie leczenia przeciwdepresyjnego. W miarę postępu terapii będą ustępowały dolegliwości somatyczne.

Przedstawiono problem zamaskowanej depresji na podstawie badań przypadków pacjentów zgłaszających się z problemem zaburzeń narządu żucia, deformacji mięśni twarzy, przesunięcia i bólu zębów bez przyczyn klinicznych po nieskutecznym leczeniu dentystycznym. Dokładne zebranie wywiadu oraz właściwa, szczegółowa diagnoza stanowią podstawę do wprowadzenia specjalistycznego leczenia psychiatrycznego.

Abstract

Depression is a disease which can cause diagnostic difficulties and put on „masks” of physical symptoms which may divert the attention from the mental source of the problem. Thus, the dental treatment of psychiatric patients is often ineffective. The disorders of the masticatory apparatus as well as pains in the facial muscles and teeth mask the primarily sources such as anxiety, depression, or psychogenic pains. Consequently, patients are subjects to long term specialist laboratory and hospital treatment. They undergo many redundant tests, including surgical treatment.

Dental treatment in these patients may last many years, and proves unsuccessful. The patients claim that the chronic pain often leading to the addiction to analgesics was the reason of their bad mental condition. In the case of masked depressions the salient factor is the accurate and prompt diagnosis enabling to provide the patients with adequate anti-depressants. With the course of the medical treatment a gradual relief of the dental symptoms has been observed.

The aim of the study was to present the problem of the masked depression on the basis of case studies of patients complaining of facial bone displacement, malformation of muscles, teeth displacement, and toothaches with no clinical evidence, and who nevertheless were subjects to ineffective dental treatment. The research underlines the importance of detailed medical interview accompanied by an adequate and prompt diagnosis as the basis for sufficient specialist psychiatric treatment.

Słowa kluczowe: depresja, depresja maskowana, leczenie stomatologiczne.

Key words: depression, masked depression, dental treatment.

¹ Katedra i Zakład Stomatologii Zachowawczej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

² Zakład Pielęgniarstwa Psychiatrycznego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

WPROWADZENIE

Choroba depresyjna stanowi problem w wymiarze społecznym i medycznym. Szczególnym jej rodzajem jest depresja maskowana. W tego typu chorobie obserwujemy zjawisko nieobecności depresji jako objawu lub słabego jego nasilenia, występują natomiast inne objawy, które ukrywają przed leczącym i pacjentem istotę jego choroby. Wskaźniki epidemiologiczne rozpowszechnienia depresji pokazują, że tylko jeden spośród pięciu chorych na depresję korzystał z pomocy specjalistycznej i jedynie jeden chory na 20 osób dotkniętych depresją leczył się w szpitalu psychiatrycznym [1].

Opisano dotychczas kilkadziesiąt postaci depresji maskowanych, w związku z czym pojawiły się różne propozycje klasyfikacji tych stanów. Większość autorów przyjmuje za punkt wyjścia symptomatologię tej formy depresji i wyodrębnia tak zwane maski psychopatologiczne [1,2], które można podzielić na pięć grup: maski psychopatologiczne, zaburzenia rytmów biologicznych, maski wegetatywne i psychosomatyczne, maski bólowe oraz maski behawioralne [3]. Z przedstawionego podziału widać jak bogata jest skala objawów psychopatologicznych i na jakie trudności diagnostyczne może napotkać lekarz w swojej praktyce, jeśli nie pamięta o możliwości wystąpienia maskowanych stanów depresyjnych [4,5]. Często lekarze zalecają pacjentom wykonanie skomplikowanych, kosztownych, a czasem też obciążających organizm badań; lecząc ich z powodu innych chorób stosują polipragmazję i nieskuteczne środki, na przykład leki przeciwbólowe [6,7]. Niejednokrotnie też pacjenci są posądzani o agravację lub wręcz symulację [8-10].

W związku z trudnościami diagnostycznymi, zaburzenia depresyjne maskowane są często nierozpoznawalne, stawiana diagnoza bywa błędna, a leczenie – zazwyczaj tylko objawowe – niewłaściwe. Pacjenci z depresją maskowaną trafiają początkowo do lekarzy innych niż z psychiatryczną specjalizacją, przeważnie poszukują pomocy u internistów, laryngologów, stomatologów, neurologów, często są hospitalizowani w oddziałach somatycznych [1,4]. Z badań Kielholza wynika, że ok. 10% ogółu chorych poszukujących porady u lekarzy ogólnych to osoby cierpiące na depresję, których dolegliwości somatyczne są przejawem atypowej klinicznie fazy depresyjnej [1,8]. Badania Lesse dowodzą, że około 84% chorych na depresję maskowaną jest kierowanych na konsultację psychiatryczną dopiero co najmniej po roku trwania choroby, 69% po ponad 2 latach, 30% zaś co najmniej po 5 latach [8].

Spośród wszystkich depresji maskowanych najliczniej reprezentowana jest maska bólowa [4,6]. Klinicznym jej wyrazem są bóle przewlekłe, usytuowane szczególnie w splocie krzyżowym, barkowym, nerwach międzyżebrowych i kulszowych oraz bóle z zakresu nerwu trójdzielnego m.in. objawy bólów zębowych [4,11]. Ekwiwalentem bólu depresyjnego mogą być różnorodne parestezje w postaci palenia, pieczenia, mrowienia, drętwienia w obrębie twarzy, nóg, dłoni i przedramion [4].

Początek wystąpienia bólowej maski depresji może kojarzyć się w czasie z zadziałaniem czynnika psychotraumatyzującego, jej przebieg jest na ogół cykliczny, a skuteczność leków przeciwbólowych czy przeciwzapalnych znikoma

lub żadna. Największe nasilenie bólu pojawia się w godzinach nocnych i porannych. Częstym, współwystępującym zjawiskiem patologicznym są zaburzenia rytmów biologicznych, a zwłaszcza bezsenność i zmiana aktywności w ciągu dnia [4]. Długotrwałe zaburzenia snu i przewlekły ból w depresji maskowanej są bardzo ważnym problemem klinicznym, stanowią często przyczynę nadużywania leków nasennych, anksjolitycznych i przeciwbólowych. Jedynym skutecznym postępowaniem terapeutycznym jest podawanie leków przeciwdepresyjnych [4].

Powszechność i mylący obraz depresji maskowanych są głównym powodem błędów diagnostycznych lub rozpoznawania choroby ze znacznym opóźnieniem.

Terminami bliskimi znaczeniowo są depresja poronna, subdepresja, depresja podprogowa.

CEL

Celem pracy jest przedstawienie problemu depresji maskującej na podstawie przypadków pacjentów, skarżących się na przemieszczenie kości twarzy, zniekształcenie mięśni, przesuwanie zębów, bóle zębów bez klinicznych oznak choroby, nieskutecznie leczonych stomatologicznie.

Pacjent 1

Pacjentka B.K., lat 68, hospitalizowana w Klinice Psychiatrii w Lublinie od 21.06. do 9.09.1996 roku z rozpoznaniem depresji endogennej. W tym okresie przyjmowała leki przeciwdepresyjne, które dały znaczną poprawę stanu psychicznego. Leczenie specjalistyczne przedłużono o 3 miesiące, dzięki czemu nie występowały objawy chorobowe. Po tym okresie pacjentka zakończyła leczenie i po upływie 1 tygodnia pojawiło się obniżenie nastroju a także urojenia w postaci przemieszczenia kości twarzy, pieczenia skóry twarzy i szyi. Te objawy skłoniły pacjentkę do wizyty u stomatologa, który stwierdził, że zęby nie są przyczyną w/w objawów. W marcu 1997 roku pacjentka zgłosiła się do lekarza psychiatry i pozostała pod jego kontrolą przez okres 3 miesięcy. Zalecono przyjmowanie leków przeciwdepresyjnych, co znacznie, ale krótkotrwale, poprawiło stan psychofizyczny chorej. W grudniu nastąpił spadek nastroju, bezsenność i urojenia np. wrażenie zniekształcenia mięśni twarzy. Włączono inne leki przeciwdepresyjne. Od stycznia do kwietnia 1998 roku zarejestrowano lepszy nastrój, spokojny sen, stan bez urojeń dotyczących twarzy. W czerwcu powróciły urojenia dotyczące twarzy oraz zaburzenia snu. Ponownie zalecono leki przeciwdepresyjne, które przyniosły znaczną poprawę samopoczucia i dobry sen. W grudniu pacjentka odstawiła leki, co skutkowało pogorszeniem stanu psychicznego. Powrót do przeciwdepresantów, już po kilku tygodniach, dał poprawę i stan taki utrzymywał się do maja 1999 roku. Po tym okresie pacjentka ponownie przerwała leczenie na okres roku. W 2000 r. pacjentka zgłosiła się do psychiatry z powodu pogorszenia nastroju i urojeniami, które określała jako uniesienie mięśni twarzy, skrócenie szyi, przemieszczenie i ból zębów. Rozpoczęto ponowne leczenie przeciwdepresyjne. W grudniu 2000 r. przeprowadzono konsultację w Klinice Stomatologicznej. Od stycznia 2001 roku nastąpiła znaczna poprawa samopoczucia pacjentki, okres bez urojeń, pacjentka pozostaje pod kontrolą stomatologiczną i psychiatryczną.

Pacjent 2

Pacjentka A.J., lat 38, w 1992 roku po raz pierwszy hospitalizowana w Klinice Neurologii z powodu podejrzenia SM. Badania specjalistyczne nie potwierdziły wstępnej diagnozy. Od 2001 roku ze względu na występujące spadki nastroju i objawy depresyjne zastosowano okresowe leczenie w Przychodni Psychiatrycznej. Po kuracji farmakologicznej zaobserwowano znaczną poprawę samopoczucia. Kolejne okresy nasilenia objawów depresyjnych ustępowały po lekach przeciwdepresyjnych. Od 2004 do 2006 r. nie występowały objawy chorobowe. W listopadzie 2006 roku, na skutek zmiany miejsca zamieszkania, nastąpił brak akceptacji nowej sytuacji, pogorszenie nastroju, bezsenność. Po wizycie u lekarza psychiatry i zaordynowaniu leków przeciwdepresyjnych uzyskano znaczną poprawę samopoczucia i lepszy sen. W marcu 2008 roku pacjentka zgłosiła dolegliwości stomatologiczne, w tym czasie nie była pod kontrolą psychiatryczną. Z relacji pacjentki wynika, że problemy rozpoczęły się od czasu oszlifowania żywej górnej prawej szóstki pod pracę protetyczną. Po szlifowaniu wystąpił ból okolicy zęba 16. Lekarz prowadzący stwierdził, że przyczyną bólu jest wyrzynający się ząb 18 i zalecił antybiotykoterapię. Uzyskano poprawę na okres 2 tygodni, po których pacjentka ponownie zgłaszała dolegliwości bólowe. W kwietniu 2008 roku pacjentka zgłosiła się do innego lekarza, który podjął decyzję o leczeniu endodontycznym zęba 16. Po wypełnieniu kanałów i wykonaniu kontrolnego zdjęcia rtg lekarz stwierdził niedokładne ich wypełnienie spowodowane zakrzywieniem korzeni. W połowie lipca 2008 r. przeprowadzono powtórne leczenie endodontyczne z użyciem mikroskopu. Mimo prawidłowego wypełnienia kanałów pacjentka zgłaszała dolegliwości bólowe w/w zęba przy nagryzaniu. Lekarz zasugerował usunięcie wyrzynającego się zęba 18 jako źródła bólu. Ząb miał połączenie z zatoką szczękową, dlatego zalecono osłonę antybiotykową. Po zabiegu pacjentka otrzymała również leki przeciwzapalne i przeciwbólowe. Od września 2008 r. chora ponownie zgłaszała dolegliwości bólowe zęba 16. Według pacjentki ząb bolał pod wpływem ciepła, ucisku i przy dłuższym mówieniu, natomiast ulgę przynosiły zimne okłady. W październiku 2008 roku pacjentka zgłosiła się do lekarza ogólnego z dolegliwościami ze strony zatok. Na podstawie zdjęcia rtg. zatok, lekarz zalecił antybiotykoterapię. W listopadzie odbyły się ponowne konsultacje u kolejnego stomatologa, który stwierdził, że przyczyną dolegliwości może być nerwoból i zalecił przyjmowanie Amizepinu. Równocześnie pacjentka konsultowała się z laryngologiem, który jednak nie stwierdził odchyłań od normy w obrębie zatok, a potwierdził fakt, że korzenie zęba 16 tkwią w świetle zatoki szczękowej. Zalecił wykonanie wymazów z gardła i nosa. Wyniki wymazu wykazały występowanie m.in. gronkowca złocistego. Z powodu nie ustępującego bólu pacjentka zgłosiła się w grudniu do następnego stomatologa. Lekarz nie stwierdził przyczyny zębowej jako źródła bólu i zalecił terapię laserem, która przyniosła krótkotrwałą poprawę. W grudniu 2008 r. pacjentka zgłosiła się do kolejnego lekarza stomatologa, a ten podjął decyzję o ponownym leczeniu kanałowym zęba 16. Leczenie zostało zakończone na czwartej wizycie w osłonie antybiotykowej. Na początku 2009 roku pacjentka przeszła zabieg rewizji prawej zatoki szczękowej w celu usunięcia złamanego korzenia 18, (eks-

trakcja w lipcu 2008) ze światła zatoki. Pacjentka w stanie ogólnym i miejscowym dobrym została wypisana do domu. W tym czasie nasiliły się dolegliwości depresyjne, pacjentka zgłosiła się do lekarza psychiatry, który zalecił przyjmowanie leków przeciwdepresyjnych. Po zakończonej kuracji stan psychiczny chorej uległ znacznej poprawie. Pacjentka również w tym okresie nie zgłaszała dolegliwości ze strony narządu żucia. Stan taki trwał do października 2009 roku, kiedy po raz kolejny kuracja została przerwana. W listopadzie 2009 roku powróciły dolegliwości bólowe, pacjentka została skierowana na badanie pantomograficzne.

Opis badania radiologicznego – stan po zabiegu chirurgicznym prawej zatoki szczękowej. Pooperacyjny ubytek w ścianie przedniej zatoki. Światło przedniej zatoki prawidłowo powietrzne. Zatoka szczękowa lewa, zatoka klinowa, sitowie oraz część zatoki czołowej objęta obrazową objętością – prawidłowo powietrzne. Brak zębów: 14, 15, 17, 18, 25, 35, i 45. Kanały korzeniowe zęba 16 wypełnione. Niewielka ilość cieniującego materiału widoczna jest w tkance kostnej pomiędzy korzeniami policzkowymi tego zęba. Niewielka ilość cieniującego materiału w wyrostku zębodołowym w miejscu braku 18. Wypełnione kanały korzeniowe zęba 26, 36. Przy zębach obecnych w łuku nie stwierdza się uchwytanych zmian zapalnych okółowierzchołkowych. Zatrzymane zęby: 28, 38 i 48.

Na życzenie pacjentki został usunięty ząb 16, po ekstrakcji którego, wg pacjentki ból „przeszedł” na lewą stronę szczęki. Stomatolog uznał, że przyczyną zgłaszanych dolegliwości było utrudnione wyrzynanie zęba 28 i zakwalifikował go do ekstrakcji. W marcu 2010 roku pacjentka nadal odczuwała dolegliwości bólowe pochodzące tym razem ze strony zęba 27 i domagała się leczenia kanałowego. Badanie kliniczne nie wykazało zmian patologicznych w zmineralizowanych tkankach zęba i tkankach okółowierzchołkowych. W ciągu ostatniego roku, pacjentka zgłaszała się również do gastrologa skarżąc się na dolegliwości żołądkowe, zapalenie jelit spowodowane przyjmowaniem dużej ilości leków przeciwbólowych, przeciwzapalnych i antybiotyków. Lekarz zalecił wykonanie badań specjalistycznych.

Obecnie chora jest pod stałą kontrolą laryngologiczną, natomiast nie przyjmuje środków antydepresyjnych. Według pacjentki przyczyną jej złego samopoczucia jest stan zębów i zatok, dlatego nie widzi konieczności konsultacji u lekarza psychiatry.

OMÓWIENIE

Stany lękowe oraz depresje należą do najczęstszych zaburzeń, występujących w praktyce klinicznej lekarzy wszystkich specjalności [12]. Opisane przykłady pacjentek pokazują jak bardzo zaburzenia psychiczne potrafią wpływać na organizm człowieka, prowadząc do załamania sił psychobiologicznych, poczucia zagrożenia i bezradności [12,13].

Po każdorazowej interwencji w gabinecie stomatologicznym występowała krótkotrwała poprawa samopoczucia oraz, wyrażana przez pacjentki, wzmożona potrzeba kolejnych interwencji stomatologicznych, które często były wykonywane na ich prośbę. W tym okresie pacjentki były również konsultowane przez lekarzy innych specjalności (gastrolog, laryngolog, lekarz rodzinny) ale często negowały potrzebę

konsultacji psychiatrycznej, sugerując dalsze leczenie stomatologiczne i laryngologiczne. Pacjentki bardzo często zmieniały lekarzy, aby opisując swoje dolegliwości wymóc na nich udzielenie pomocy specjalistycznej. W czasie kiedy pacjentki były pod kontrolą psychiatryczną i przyjmowały leki, dolegliwości bólowe nie występowały. Po przerwaniu kuracji psychiatrycznej-przeciwdepresyjnej powracały wcześniej zgłaszane dolegliwości.

Opisane problemy zdrowotne pacjentek powodują, że lekarze stomatolodzy mogą mieć kłopoty z postawieniem prawidłowego rozpoznania i przeprowadzeniem leczenia, na podstawie wywiadu i zgłaszanych dolegliwości, które są często subiektywnymi odczuciami pacjentów. Jeżeli leczenie stomatologiczne nie przynosi w odczuciu pacjenta poprawy, pomimo prawidłowego postępowania leczniczego, a chory w dalszym ciągu zgłasza dolegliwości ze strony układu stomatognatycznego, należy rozważyć konsultacje lekarzy innych specjalności.

W przypadku braku chorób ogólnoustrojowych, których objawy mogą wystąpić w obrębie narządu żucia, oraz wykluczenia miejscowych zmian fizykalnych, wydaje się konieczna konsultacja i opieka lekarza psychiatry. Zwykle ta grupa pacjentów chętnie poddaje się różnym zabiegom stomatologicznym, niejednokrotnie odrzucając skierowanie na konsultację psychiatryczną. Jeżeli pacjenci poddadzą się leczeniu psychiatrycznemu, to w momencie uzyskania poprawy samopoczucia, samowolnie odstawiają leki, nie przewidując konsekwencji w postaci nawrotu choroby. Pojawiające się złe samopoczucie, tłumaczą dolegliwościami ze strony narządu żucia. Możliwość zgłaszania się pacjentów z depresją maskowaną nakazuje ścisłą współpracę lekarza stomatologa i lekarza psychiatry.

Problem depresji maskowanej jest ważnym zagadnieniem interdyscyplinarnym wymagającym zwrócenia uwagi lekarzy różnych specjalności a zwłaszcza lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej m.in. stomatologicznej.

PIŚMIENNICTWO

1. Miodek A, Szemraj P, Kocur J, Ryś A. Depresja maskowana - historia i współczesność *Pol Merc Lek*. 2007;133(23):78.
2. Pużyński S. Depresja. Warszawa: PZWL; 1998. s. 223-4, 272-9.
3. Pużyński S. Depresje i zaburzenia afektywne. Warszawa: PZWL; 2005. s. 44-7.
4. Chodorowski Z. Główne maski depresyjne u chorych w wieku podeszłym. *Post Psychiatr Neurol*. 1998;6(Suppl 1):41-6.
5. Wilk J, Florkowski A, Juszcak D. Depresja maskowana w praktyce ogólnolekarskiej. *Valetudinaria - Postępy Medycyny Klinicznej i Wrojskowej*. 2011;6:3-4.
6. Olszewska O. Fibromialgia jako problem interdyscyplinarny. Czy fibromialgia jest postacią depresji maskowanej. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej*. 2005;3(5):117-28.
7. Chodorowski Z. Główne maski depresyjne u chorych w wieku podeszłym. *Post Psych Neurol*. 1998;7(Suppl 1):41-6.
8. Szczepański L. Reumatyzm tkanek miękkich. *Reumatologia*. 2000;38(Suppl 1):96-106.
9. Erlich GE. Fibromyalgia, a virtual disease. *Clin Rheumatol*. 2003;22:8-11.
10. Hazemeier I, Rasker JJ. Fibromyalgia and the therapeutic domain. A philosophical study on the origins of fibromyalgia in a specific social setting. *Rheumatology*. 2003; 42:507-15.
11. Rośl T. Pain mask In masked depression In the form of selective toothache: personal experience. *Minerva Psychiatr*. 2003;44:191-3.
12. Frączak P. Wybrane aspekty jakości życia u chorych leczonych z powodu złośliwych nowotworów w obrębie części twarzowej czaszki. *Annales Academiae Medicae Stetinensis*. 2008;3(54):69-76.
13. Dolińska-Zygmunt G. Elementy psychologii zdrowia. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego; 1996.

Informacje o Autorach

Prof. zw. dr hab. n. med. TERESA BACHANEK – kierownik; dr n. med. KATARZYNA JARMOLIŃSKA – st. wykładowca; dr n. med. EWA WOLIŃSKA – st. wykładowca; lek. stom. MONIKA SAPULA – asystent, Katedra i Zakład Stomatologii Zachowawczej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie; dr n. med. ADAM PERZYŃSKI – asystent, Zakład Pielęgniarstwa Psychiatrycznego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie.

Adres do korespondencji

Katedra i Zakład Stomatologii Zachowawczej
Uniwersytet Medyczny w Lublinie
ul. Karmelicka 7, 20-081 Lublin
tel. 81 5287920, fax. 81 5287921
e-mail: zstzach@am.lublin.pl