

Leczenie protetyczne pacjentów z objawami depresji – narracyjny przegląd piśmiennictwa

Prosthetic treatment of patients with symptoms of depression based on a narrative review of the literature

Joanna Agnieszka Zasada¹, Andrzej Gala²

¹ Poradnia Protetyki Stomatologicznej, Uniwersytecka Klinika Stomatologiczna w Krakowie
Outpatient Clinic of Prosthodontics, University Dental Clinic in Cracow, Poland
Kierownik: prof. dr hab. n. med. *Małgorzata Pihut*

² Katedra Protetyki Stomatologicznej i Ortodoncji, Zakład Protetyki Stomatologicznej,
Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum
Chair of Prosthodontics and Orthodontics, Department of Prosthodontics, Jagiellonian University,
Collegium Medicum, Poland
Kierownik: prof. dr hab. n. med. *Małgorzata Pihut*

HASŁA INDEKSOWE:

depresja, leczenie protetyczne, zaburzenia zdrowia psychicznego, jakość życia związana ze zdrowiem jamy ustnej

KEY WORDS:

depression, prosthetic treatment, mental health disorders, oral health-related quality of life

Streszczenie

Artykuł omawia rosnący problem występowania objawów depresji wśród osób poddających się leczeniu stomatologicznemu. Znajomość tych objawów umożliwia lekarzowi wykrycie zaburzeń u swoich pacjentów, co może prowadzić do wcześniejszego skierowania ich do specjalisty.

Temat zaburzeń psychicznych jest szczególnie istotny dla dentyстів zajmujących się protetyką stomatologiczną, gdyż objawy depresji występują 3 razy częściej u ludzi po 65. roku życia niż w pozostałych grupach wiekowych. Równocześnie, w tej samej populacji obserwuje się również wyższy odsetek braków zębowych.

W kontekście leczenia protetycznego, depresja wpływa na jakość życia pacjentów oraz ich zdolność do adaptacji do protez. Badania wykazały, że osoby z objawami depresji częściej zgłaszają negatywne odczucia dotyczące protez, a także

Summary

The article discusses the more and more frequent issue of symptoms of depression among dental patients. Awareness of these symptoms enables the dentist to identify mental disorders in patients, which may result in an earlier referral to a specialist.

The issue of mental disorders is particularly important for dentists specializing in prosthodontic treatment, as symptoms of depression occur three times more frequently in people aged over 65 years than in other age groups. At the same time, this population also manifests a higher prevalence of tooth loss.

Depression affects patients' quality of life and in the context of prosthodontic treatment, their ability to adapt to dentures. Studies have shown that individuals with symptoms of depression are more likely to report negative feelings about their

mają trudności z współpracą podczas leczenia. Dodatkowo, ich subiektywne oceny stanu zdrowia jamy ustnej często nie odpowiadają obiektywnej sytuacji klinicznej.

Autorzy podkreślają znaczenie odpowiedniej diagnozy i oceny stanu emocjonalnego chorych, sugerując stosowanie narzędzi, takich jak Geriatryczna Skala Depresji. Zrozumienie związku między depresją a leczeniem protetycznym jest kluczowe dla poprawy wyników terapeutycznych oraz jakości życia pacjentów.

Artykuł kończy się zaleceniem dla lekarzy dentyków, aby zwracali uwagę na objawy depresji u osób poddających się leczeniu stomatologicznemu i dostosowywali swoje podejście do ich potrzeb emocjonalnych i psychicznych.

dentures and experience difficulties in cooperating during oral rehabilitation. Furthermore, their personal evaluation of oral health often differs from the actual clinical condition.

The authors highlight the importance of an appropriated diagnosis and evaluation of patients' emotional well-being, recommending the use of tools like the Geriatric Depression Scale. Understanding the association between depression and prosthetic treatment is vital for better therapeutic outcomes and an improved quality of life for patients.

The article concludes with a recommendation for dentists to be aware to signs of depression in their patients and that they should adjust their approach to address their emotional and psychological needs.

Z danych opublikowanych przez Światową Organizację Zdrowia wynika, że zaburzenia psychiczne dotyczą 1 na 8 osób, co przekłada się na około 970 milionów ludzi na całym świecie cierpiących na ich różne formy. Jedną z najczęstszych chorób psychicznych, które spotyka się w społeczeństwie, a co za tym idzie w praktyce stomatologicznej jest depresja. WHO szacuje, że w 2020 roku zajmowała ona drugie miejsce pod względem częstości występowania wśród chorób na świecie oraz prognozuje, że do 2030 roku depresja może stać się najczęściej występującym problemem zdrowotnym. Przyczyn tego wzrostu, oprócz coraz lepszej i szerszej dostępnej diagnostyki, upatruje się również w rosnących globalnych niepokojach związanych z terroryzmem, kryzysem gospodarczym oraz klimatycznym i konfliktami zbrojnymi.¹⁻⁴ W 2020 r. liczba osób żyjących z zaburzeniami lękowymi i depresyjnymi znacznie wzrosła z powodu pandemii COVID-19. Wstępne szacunki wskazują na wzrost odpowiednio o 26% i 28% w przypadku zaburzeń lękowych i poważnych zaburzeń depresyjnych w ciągu zaledwie jednego roku.⁵

Celem pracy jest przedstawienie aktualnego stanu wiedzy na temat kluczowych objawów

depresji wpływających na jakość leczenia protetycznego na podstawie przeglądu piśmiennictwa. Dokonano przeglądu piśmiennictwa dostępnego w bazie PubMed w języku angielskim oraz artykułów opublikowanych w czasopiśmie stomatologicznych w języku polskim w okresie 2002-2024. Przegląd piśmiennictwa przeprowadzono w oparciu o bazy naukowe dla następujących słów kluczowych: „depression” i/lub „mental health disorder” i/lub „dental” i/lub „prosthetic treatment”. Ze względu na interdyscyplinarny charakter zagadnienia uwzględniono również prace z zakresu psychiatrii znajdujące się poza wyżej wymienioną bazą. Dodatkowo ręcznie dobrano dostępną literaturę na omawiany temat, w wyniku czego uzyskano łącznie 20 artykułów.

Objawy depresji występują trzykrotnie częściej u osób powyżej 65 roku życia w porównaniu do reszty populacji (late life depression). Wpływa na to wiele czynników, takich jak izolacja społeczna, utrata bliskich, problemy zdrowotne czy zmiany w stylu życia.^{6,7} Pacjenci w podeszłym wieku stanowią większość w gabinecie protetycznym, w związku z tym ważne jest, aby lekarz potrafił rozpoznawać

symptomy zaburzeń psychicznych i podejmował odpowiednie kroki celem wsparcia seniorów podczas leczenia. Depresja może sprzyjać występowaniu złej higieny, próchnicy kwitnącej, periodontopatii i erozyjnej postaci liszaja płaskiego.⁸ Efekty uboczne leków antydepresyjnych, mogą pogłębiać niektóre stany zapalne w jamie ustnej czy powodować kserostomię oraz dysfagię.

Należy się liczyć z tym, że leczenie pacjentów z objawami depresji może sprawiać wiele trudności nie tylko w kontaktach interpersonalnych, ale także w leczeniu objawów somatycznych. Pacjenci mogą być niechętni do współpracy, a zgłaszane przez nich liczne odczucia mogą nie pokrywać się ze stanem faktycznym obserwowanym podczas badania stomatologicznego. Dzieje się tak dlatego, że różne choroby somatyczne mogą być konsekwencją depresji albo jej maską. Choroby najczęściej maskujące depresję to zespół suchości i pieczenia jamy ustnej, zespół Munchausena oraz BDD – body dysmorphic disorder (dawniej zwany dysmorfofobią). Do ich powstania mogą przyczyniać się czynniki psychologiczne, co powinno znaleźć swój wyraz w prowadzonym leczeniu.⁹

Zespół Munchausena opisuje sytuację, w której osoba świadomie wywołuje objawy somatyczne lub je symuluje, aby uzyskać uwagę i opiekę medyczną. Osoby z tym zaburzeniem mogą dążyć do hospitalizacji lub przeprowadzenia niepotrzebnych zabiegów, często manipulując informacjami, aby wzbudzić zainteresowanie personelu medycznego.

Jeżeli różnice pomiędzy subiektywnymi opiniami pacjenta a obiektywnym badaniem klinicznym są znaczące, mówi się o Body Dysmorphic Disorder. Jest to zaburzenie hipochondryczne oraz obsesyjno-kompulsywne, chory ma tendencję do wyolbrzymiania niewielkich niedoskonałości. Towarzyszą temu natrętne myśli związane z wyglądem swojego ciała, które uniemożliwiają normalne funkcjonowanie w sytuacjach społecznych. Podaje się, że

pacjenci rozmyślają o swoich wadach nawet od jednej godziny do ośmiu godzin dziennie.¹⁰ Dysmorfofobia dotyka około 1-2% populacji. Jednak najnowsze dane podają, że odsetek ten rośnie, a według *Rodrigeza*¹¹ w gabinetach stomatologicznych zajmujących się leczeniem protetycznym wynosi 7%. Na wzrost występowania tego zaburzenia w społeczeństwie ma wpływ wzrost popularności mediów społecznościowych oraz coraz lepsze aparaty fotograficzne. Wzrost występowania BDD koreluje również z dostępnością zabiegów medycyny estetycznej w danym regionie. Dla lekarzy, zajmujących się leczeniem protetycznym jest to o tyle istotne, ponieważ wygląd zębów (po stanie skóry i kształcie nosa) jest trzecią przyczyną występowania dysmorfofobii. Tacy pacjenci nie tylko częściej poddają się zabiegom kosmetycznym, ale także są niezadowoleni z wyniku i nie adaptują się do zastosowanych uzupełnień protetycznych. Dzieje się tak, nawet gdy uzupełnienie protetyczne jest wykonane zgodnie z zasadami sztuki a wynik leczenia jest dobry.^{11,12}

Istotną rolę w procesie leczenia protetycznego odgrywa badanie podmiotowe, w tym ocena stanu emocjonalnego pacjenta. Jako narzędzie oceny lekarz dentyista może posłużyć się Geriatryczną Skalą Depresji (tab. 1), która składa się tylko z 15 pytań, co z uwagi na podeszły wiek pacjenta i tym samym obniżoną możliwość skupienia się, znacznie ułatwia jej przeprowadzenie. Uzupełnienie kwestionariusza (najbardziej miarodajne wyniki daje samodzielne wypełnienie przez pacjenta) zajmuje 8-10 min. Uzyskanie wyniku powyżej 5 punktów wskazuje na obecność objawów depresji.¹³

Wśród 150 pacjentów Kliniki Gerostomatologii w Poznaniu o średniej wieku 74,8, aż u 24,6% osób stwierdzono występowanie objawów o charakterze depresji. Rehabilitacja protetyczna z zastosowaniem protez ruchomych oraz badania kwestionariuszowe przed leczeniem i po 3 miesiącach użytkowania

T a b l e l a 1. Geriatryczna Skala Depresji¹³

Mysząc o całym swoim życiu, czy jest Pan/Pani zadowolony/a?	Tak	Nie
Czy zmniejszyły się Pana/Pani zainteresowania lub aktywność (ilość zajęć)?	Tak	Nie
Czy ma Pan/Pani uczucie, że Pana/Pani życie jest puste?	Tak	Nie
Czy często czuje się Pan/Pani znudzony?	Tak	Nie
Czy zwykle jest Pan/Pani w dobrym nastroju?	Tak	Nie
Czy obawia się Pan/Pani, że może przydarzyć się Panu/Pani coś złego?	Tak	Nie
Czy przez większość czasu czuje się Pan/Pani szczęśliwy/a?	Tak	Nie
Czy często czuje się Pan/Pani bezradny/a?	Tak	Nie
Czy zamiast wyjść wieczorem z domu woli Pan/Pani w nim pozostać?	Tak	Nie
Czy uważa Pan/Pani, że ma więcej kłopotów z pamięcią niż inni?	Tak	Nie
Czy uważa Pan/Pani, że wspaniale jest żyć?	Tak	Nie
Czy czuje się Pan/Pani gorszy/a od innych ludzi?	Tak	Nie
Czy czuje się Pan/Pani pełen/pełna energii?	Tak	Nie
Czy uważa Pan/Pani, że sytuacja jest beznadziejna?	Tak	Nie
Czy myśli Pan/Pan, że większości ludzi wiedzie się lepiej niż Panu/Pani?	Tak	Nie

proteż wykazały, że pacjenci z objawami depresji mieli znacząco niższe poczucie jakości życia związanej ze zdrowiem jamy ustnej niż osoby, u których tych objawów nie stwierdzono. Należy podkreślić, że obiektywna ocena stanu zdrowia na podstawie badania stomatologicznego nie wykazała żadnych istotnych różnic w obu tych grupach. Po 3 miesiącach użytkowania proteż pogorszenie jakości życia zgłosiło aż 28% pacjentów z grupy osób z objawami depresji, w grupie kontrolnej tylko 8%. Brak adaptacji do nowych uzupełnień protetycznych również był większy o 10% w grupie osób z objawami depresji w stosunku do grupy kontrolnej (odpowiednio: 16% i 6%).^{14,15}

Według badań *Romanowicza*¹⁶ około 20-25% osób korzystających z całkowitych uzupełnień protetycznych nie jest w stanie się do nich adaptować. Oprócz błędów technicznych i klinicznych w wykonaniu proteż, szukano innych

związków przyczynowo-skutkowych. Co ciekawe, wykazano, że wiek pacjenta oraz poziom zaufania do lekarza nie wpływają na akceptację proteż. Natomiast czynnikami pozastomatologicznymi, które mają znaczący wpływ na efektywność leczenia protetycznego jest płęć oraz występowanie depresji lub epizodu depresyjnego.¹⁶

Analizowano korelację pomiędzy subiektywnymi ocenami proteż, osobno szczęki i żuchwy a poziomem zaburzeń depresyjnych. Osoby z objawami depresyjnymi istotnie częściej oceniały stan użytkowanych proteż negatywnie i dotyczyło to zarówno proteż szczęki i żuchwy, pomimo podobnych warunków anatomofizjologicznych podłoża protetycznego i stanu użytkowanych proteż.^{17,18}

Pacjenci ze schorzeniami psychiatrycznymi potrzebowali dwóch i więcej wizyt kontrolnych. Również była to jedyna grupa, gdzie

wszyscy pacjenci pojawili się na wizycie kontrolnej i przychodzili z kolejnymi uwagami co do protez.¹⁹

Podsumowanie

Lekarze dentyści coraz częściej w swojej praktyce będą spotykać pacjentów chorujących na depresję. Zagadnienie to jest ważne, zwłaszcza w przypadku leczenia protetycznego, które w głównej mierze obejmuje pacjentów geriatrycznych. Jak wykazano zaburzenia depresyjne wpływają w znaczący sposób na proces adaptacji do nowych uzupełnień protetycznych oraz nasilenie objawów chorób somatycznych. Sukces terapeutyczny może zostać zapewniony jedynie przez leczenie przeprowadzone zgodnie ze sztuką oraz pozytywne nastawienie pacjenta, a troska o zdrowie psychiczne pacjentów w starszym wieku powinna być nieodłącznym elementem praktyki stomatologicznej.

Wstępna ocena psychologiczna to pomocny element badania klinicznego. Wczesne wykrycie objawów, na przykład za pomocą skali GDS, może poprawić efektywność leczenia, poprzez kierowanie pacjentów do specjalisty i odroczenie rehabilitacji protetycznej do momentu uzyskania przez pacjenta stanu równowagi.¹⁶ Zadaniem lekarza jest odpowiedzialność za nawiązanie właściwego kontaktu i przyjęcie postawy budzącej zaufanie i poczucie bezpieczeństwa.²⁰

Na podstawie piśmiennictwa wyodrębniono i przedstawiono techniki pomocne w pracy z pacjentami z objawami depresji podczas leczenia protetycznego:

- Stworzenie przyjaznej atmosfery: upewnij się, że gabinet jest przytulny. Stonowane kolory i przyjemne oświetlenie mogą zredukować stres.
- Empatyczna komunikacja: zadawaj pytania otwarte, aby zrozumieć lęki i obawy pacjenta. Aktywnie słuchaj i akceptuj ich uczucia, co może pomóc w budowaniu zaufania.

- Informowanie o krokach leczenia: wyjaśnij każdy etap leczenia protetycznego, pomoże to zmniejszyć lęk związany z niepewnością.
- Stopniowanie: podczas tworzenia planu leczenia rozważ, jeśli to możliwe, podzielenie go na mniejsze etapy. Możesz również zaproponować wykonywanie regularnych przerw w trakcie zabiegu, co spowoduje obniżenie napięcia.
- Techniki relaksacyjne: naucz pacjenta prostych ćwiczeń oddechowych i technik relaksacyjnych, takich jak wizualizacja czy medytacja.
- Wsparcie psychologiczne: w niektórych przypadkach warto zasugerować pacjentom konsultację z psychologiem lub psychiatrą, aby pomóc im w radzeniu sobie z objawami depresji.
- Umożliwienie towarzystwa: obecność bliskiej osoby może zwiększyć poczucie bezpieczeństwa i komfortu pacjenta oraz może ona motywować pacjenta do podjęcia leczenia i przestrzegania zaleceń lekarza dentysty.
- Edukacja i przygotowanie na zmiany: poinformuj pacjenta jakie korzyści płyną z zakończenia leczenia protetycznego. Zmiany w wyglądzie oraz w funkcjonowaniu narządu żucia mogą być trudne, ale zarazem są szansą na realną poprawę jakości życia.

Piśmiennictwo

1. World Health Organization. Mental Health. A Call for Action by World Health Ministers. 2001. www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders
2. Gil-Rivas V, Handrup CT, Tanner E, Walker DK: Global mental health: A call to action. *Am J Orthopsychiatry* 2019; 89(4): 420-425.
3. Kiejna A, Adamowski T, Piotrowski P, et al.: Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej. *EZOP – Polska* – metodologia badania.

- Psychiatria Polska 2015; 49(1): 5-13.
4. *Kiejna A, Piotrowski P, Adamowski T, et al.*: Rozpowszechnienie wybranych zaburzeń psychicznych w populacji dorosłych Polaków z odniesieniem do płci i struktury wieku – badanie EZOP Polska. *Psychiatria Polska* 2015; 49(1): 15-27.
 5. *Gambin M, Sękowski M, Woźniak-Prus M, et al.*: Generalized anxiety and depressive symptoms in various age groups during the COVID-19 lockdown in Poland. Specific predictors and differences in symptoms severity. *Compr Psychiatrii* 2021; Feb; 105: 152222.
 6. *Barczak K, Szmidt M, Buczkowska-Radlińska J*: The functionality of masticatory apparatus and the sense of depression in patients over 55 years of age living in a family environment and social care centres. *Psychiatria Polska* 2016; 50(5): 1027-1038.
 7. *Buys L, Roberto KA, Miller E, Blieszner R*: Prevalence and predictors of depressive symptoms among rural older Australians and Americans. *Austral J Rural Health* 2008; 16(1): 33-39.
 8. *Friedlander AH, Norman DC*: Late-life depression: psychopathology, medical interventions, and dental implications. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2002; 94(4): 404-412.
 9. *Korszun A, Ship JA*: Diagnosing depression in patients with chronic facial pain. *J Am Dent Ass* 1997; 128(12): 1680-1686.
 10. *James M, Clarke P, Darcey R*: Body dysmorphic disorder and facial aesthetic treatments in dental practice. *Br Dent J* 2019; 227(10): 929-933.
 11. *Rodríguez CP, Judge RB, Castle D, Phillipou A*: Body dysmorphism in dentistry and prosthodontics: A practice based study. *J Dent* 2019; 81: 33-38.
 12. *Sarin S, Gilbert D, Asimakopoulou K*: Why simple aesthetic dental treatment in general practice does not make all patients happy. *Br Dent J* 2014; 216(12): 681-685.
 13. *Albiński R, Kleszczewska-Albińska A, Bedyńska S*: Geriatryczna Skala Depresji (GDS). Trafność i rzetelność różnych wersji tego narzędzia – przegląd badań. *Psychiatria Polska* 2011; 45(4): 555-562.
 14. *Galczyńska-Rusin M, Koczorowski R*: Jakość życia związana ze zdrowiem jamy ustnej u pacjentów z depresją wieku późnego leczonych protetycznie. *Protet Stomatol* 2017; 67(1): 58-69.
 15. *Galczyńska-Rusin M, Koczorowski R, Sielska J*: Linguistic adaptation and validation of the Polish version of the General Oral Health Assessment Index (GOHAI). *J Stomatol* 2014; 67(2): 152-165.
 16. *Romanowicz M, Drobnik K*: Depresja – czynnik wpływający na brak efektywności leczenia protetycznego (wyniki badań) – część II. *Protet Stomatol* 2006; 56(5): 346-351.
 17. *Koczorowski R, Jundziłł-Bieniek E*: Występowanie objawów depresyjnych u osób w wieku podeszłym i ich wpływ na adaptacje do uzupełnień protetycznych. *Protet Stomatol* 2009; 59(4): 236-241.
 18. *Ratajczak-Zieleniewska A, Matkowski D, Hędzielek W*: Czynniki wpływające na adaptację pacjenta do protez osiadających. *Dent Med Probl* 2007; 44(2): 259-265.
 19. *Carr L, Lucas VS, Becker PJ*: Diseases, medication, and postinsertion visits in complete denture wearers. *J Prosthet Dent* 1993; 70(3): 257-260.
 20. *Majewski S*: Psychologiczny aspekt interakcji lekarz-pacjent w leczeniu protetycznym. *Protet Stomatol* 1985; 35: 23-28.

Zaakceptowano do druku: 27.11.2024 r.

Adres autorów: 31-155 Kraków, ul. Montelupich 4.

© Zarząd Główny PTS 2025.