



Zaburzenia psychiczne u osób z zespołem piekących ust: badania własne

Mental disorders in patients with the burning mouth syndrome

ADAM MILLER¹, ILONA MILLER², ANNA KURNATOWSKA³,
JOLANTA RABE-JABŁOŃSKA¹

- Z: 1. Kliniki Zaburzeń Afektywnych i Psychiatrii Młodzieżowej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
2. SPZOZ Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego Nr 6 w Łodzi
3. Katedry Stomatologii Zachowawczej, Endodoncji i Periodontologii Zakładu Periodontologii i Chorób Błony Śluzowej Jamy Ustnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

STRESZCZENIE. Zespół piekących ust (*burning mouth syndrome – BMS*), czyli uczucie palenia, pieczenia błony śluzowej jamy ustnej u pacjentów z niezmienioną błoną śluzową w badaniu klinicznym jest chorobą o nieustalonej jednoznacznie etiologii. Sugeruje się, że często współwystępują z BMS zaburzenia lękowo-depresyjne, które mogą być rezultatem przewlekłe doznawanych dolegliwości bólowych albo też dolegliwości te są postacią somatyczną lęku lub depresji. **Cel:** Ocena rodzaju i częstości zaburzeń psychicznych współwystępujących u pacjentów z rozpoznanym BMS; próba określenia związku w czasie pomiędzy pojawieniem się objawów bólowych BMS a wystąpieniem zaburzeń psychicznych oraz różnic w charakterze i przebiegu dolegliwości pomiędzy pacjentami, u których wystąpiły zaburzenia psychiczne, a pacjentami bez takich zaburzeń. **Osoby badane i metoda:** Grupę badaną stanowiło 74 pacjentów z rozpoznanym BMS, których zbadano psychiatrycznie, uwzględniając szczególnie ocenę poziomu lęku i depresji oraz natężenie dolegliwości bólowych, a następnie dokonano analizy porównawczej grupy pacjentów, u których wystąpiły zaburzenia psychiczne z grupą bez takich zaburzeń. **Wyniki i omówienie:** U ponad połowy pacjentów z rozpoznanym BMS stwierdzono współwystępowanie zaburzeń psychicznych pod postacią zaburzeń depresyjnych lub lękowych. Nie ustalono związku czasowego pomiędzy pojawieniem się dolegliwości bólowych BMS a wystąpieniem objawów zaburzeń psychicznych. Nie stwierdzono różnic demograficznych pomiędzy pacjentami z zaburzeniami psychicznymi i bez nich.

SUMMARY. The burning mouth syndrome (BMS), i.e. a burning sensation in the oral mucose in the absence of clinically observable changes of the oral mucose, is a disease of uncertain etiology. It is suggested that BMS is concurrent with anxiety and depressive disorders that may be due to the chronically experienced pain, or that the condition is a somatic form of anxiety or depression. **Aims:** Firstly, to assess the type and frequency of coexisting mental disorders in patients diagnosed with the BMS. Secondly, an attempt was made to determine a) temporal relation between the presence of painful BMS symptoms and the onset of mental disorders, and b) differences in the nature and course of the condition between BMS patients with and without mental disorders. **Subjects and method:** Participants in the study were 74 patients diagnosed with BMS. They were submitted to a psychiatric examination, with particular attention paid to the assessment of anxiety and depression levels, as well as to pain severity. In subsequent analyses the group of BMS patients with mental disorders was compared to that without such disorders. **Results and discussion:** Coexisting mental disorders (in the form of anxiety or depression) were noted in over a half of the BMS patients. No temporal connection was found between painful BMS symptoms and the onset of mental disorders. As regards demographic characteristics, BMS patients with mental disorders did not differ from those without mental disorders.

Słowa kluczowe: zespół piekących ust / współwystępowanie zaburzeń psychicznych

Key words: burning mouth syndrome / comorbidity with mental disorders

Zespół piekących ust (dawniej znany jako: stomatodynia, glossodynia, glossalgia, glossopyrosis, oral dysesthaesia), określane w piśmiennictwie anglojęzycznym skrótem BMS (*burning mouth syndrome*), definiuje się jako uczucie palenia, pieczenia błony śluzowej jamy ustnej u pacjentów z niezmienną błoną śluzową w badaniu klinicznym [1, 2, 4].

Ocenia się, że na BMS cierpi ok. 3% populacji, zdecydowanie częściej kobiety niż mężczyźni [13]. Ponad 80% pacjentów z BMS – to kobiety, najczęściej w wieku pomiędzy 50 a 70 rokiem życia, czyli w okresie postmenopauzalnym [2, 6, 7]. Choroba może utrzymywać się od kilku miesięcy do kilkunastu lat.

Głównym objawem jest uczucie pieczenia, palenia błony śluzowej jamy ustnej, któremu towarzyszyć mogą inne dolegliwości [6]. Najczęściej współwystępuje wrażenie suchości, zaburzenia smaku pod postacią nadwrażliwości na pokarmy słone, kwaśne, gorzkie lub utrzymującego się gorzkiego, albo metalicznego posmaku, parestezje: drętwienie, mrowienie, kłucie, uczucie obrzęku, pełności w jamie ustnej [6, 7, 17].

Do tej pory nie ustalono jednoznacznie etiologii BMS. Sugeruje się podział domniemanych czynników etiologicznych na trzy grupy [3, 7, 9, 17]:

1. *czynniki miejscowe* – alergeny kontaktowe, alergeny pokarmowe, urazy powodowane przez źle dopasowane lub niewłaściwie użytkowane protezy, infekcje spowodowane *Candida albicans*, parafunkcje (zgrzytanie zębami, ssanie języka, warg, przygryzanie języka), zaburzenia wydzielania i jakości śliny, neuropatie;
2. *czynniki ogólnoustrojowe* – niedobory witamin z grupy B (B1, B2, B6, B12, PP), żelaza, kwasu foliowego, cukrzyca, choroba refluksowa, menopauza;
3. *czynniki psychogenne*.

Zaburzeniami psychicznymi najczęściej współistniejącymi, rozpoznawanymi zgodnie z kryteriami DSM-IV, są zaburzenia depresyjne i zaburzenia lękowe (szczególnie uogólnione), rzadziej – zaburzenia hipochondryczne [2]. Nie jest jednak jasne czy objawy stomato-

dynii są postacią somatyczną lęku lub depresji, czy też zaburzenia i objawy lękowo-depresyjne pojawiają się w wyniku doznawania uciążliwych objawów BMS. Dane dotyczące częstości występowania zaburzeń psychicznych w zespole piekących ust mieszczą się w szerokim przedziale: od kilku do kilkudziesięciu procent wg różnych autorów [2, 3, 8, 16, 17]. Niestety, tylko w nielicznych z nich użyto obiektywnych psychometrycznych metod do oceny stanu psychicznego pacjenta.

Lamey i Lewis podzielili BMS na trzy typy, w zależności od fluktuacji i intensywności dolegliwości [11].

Typ 1 – bez symptomów przy obudzeniu, z nasilaniem się dolegliwości w miarę upływu dnia, z wieczorną ich maksymalizacją – ok. 35%.

Typ 2 – pieczenie obecne przy obudzeniu i utrzymuje się przez cały dzień na stałym poziomie – ok. 55%.

Typ 3 – dolegliwości pojawiają się okresowo, zwykle o nietypowym umiejscowieniu – 10%.

W typie 1 i 2 objawy występują codziennie, bez remisji.

Autorzy sugerują występowanie ścisłej korelacji między najczęściej występującym BMS typu drugiego a czynnikami psychogennymi.

CEL

Celem tej pracy jest znalezienie odpowiedzi na pytania:

1. jakie zaburzenia psychiczne najczęściej współwystępują u pacjentów z rozpoznanym BMS,
2. czy występuje związek w czasie pomiędzy pojawieniem się przewlekłych dolegliwości bólowych w przebiegu BMS a wystąpieniem objawów zaburzeń psychicznych,
3. czy zachodzą różnice w obrazie, nasileniu i przebiegu dolegliwości między pacjentami, ze współistniejącymi zaburzeniami psychicznymi a pacjentami bez takich zaburzeń.

GRUPA BADANA

Zbadano 74 pacjentów, w tym 59 (79,7%) kobiet. Średnia wieku wynosiła $62,8 \pm 11,8$ lat (dla kobiet $64,5 \pm 10,3$, dla mężczyzn $56,2 \pm 15,9$) a jego rozpiętość: od 23 do 84 lat.

W Zakładzie Chorób Błony Śluzowej Jamy Ustnej i Przyzębia ISUM w Łodzi rozpoznano u nich BMS na podstawie wywiadu oraz badania stomatologicznego wg uznanych kryteriów.

METODY

Pacjenci zostali zbadani psychiatrycznie w Klinice Zaburzeń Afektywnych i Psychiatrii Młodzieży UM w Łodzi i zdiagnozowani zgodnie z kryteriami diagnostycznymi ICD-10.

U wszystkich oceniono poziom lęku i depresji za pomocą:

1. „Skali depresji Hamiltona” obejmującej 21 cech (wynik < 8 pkt. – brak depresji, 8–13 – depresja łagodna, 14–18 – średnia, 19–22 – nasiloną, > 22 – bardzo nasiloną),
2. „Skali lęku Hamiltona” (wynik < 5 pkt. – brak cech lęku, wynik > 13 pkt. wskazuje na istnienie zaburzeń lękowych),
3. „Skali depresji Becka” (samoocena pacjenta), wypełnianej przez pacjenta (wynik < 10 pkt. – brak lub minimalna depresja, 10–16 – łagodna depresja, 17–29 – średnia depresja, 30–63 – ciężka depresja).

Pacjenci dokonywali też samooceny natężenia dolegliwości bólowych w jamie ustnej, według zaproponowanej sześciostopniowej skali numerycznej – od 0 do 5, gdzie 0 oznaczało brak dolegliwości, 1 – nieznaczne dolegliwości, 2 – umiarkowane dolegliwości, 3 – wyraźne dolegliwości, 4 – znaczne, a 5 – ból nie do zniesienia.

Pacjentom, u których rozpoznano zaburzenia psychiczne wyjaśniono charakter ich dolegliwości, a następnie zostali oni poproszeni o udzielenie odpowiedzi na pytanie: „Czy według Pani/Pana najpierw pojawiło się piecze-

nie, czy też objawy zaburzenia psychicznego, które z Panią/Panem omówiłem?”.

Porównano grupę pacjentów, u których wystąpiły zaburzenia psychiczne (grupa I) z grupą bez takich zaburzeń (grupa II), uwzględniając:

- cechy demograficzne: wiek pacjentów, wykształcenie, płeć,
- cechy kliniczne BMS: natężenie dolegliwości, czas trwania dolegliwości bólowych, umiejscowienie, liczba okolic jamy ustnej objętych uczuciem pieczenia, współwystępowanie uczucia suchości, fluktuacja dolegliwości bólowych w ciągu doby (podział na 3 typy wg Lameya i Lewisa).

WYNIKI

Współwystępowanie zaburzeń psychicznych

U 34 osób (co stanowi 46% grupy badanej) nie stwierdzono żadnego zaburzenia psychicznego. Rozpoznanie zaburzeń psychicznych ustalono u 40 pacjentów (54%, w tym u 33 kobiet i 7 mężczyzn). Najczęściej rozpoznawano zaburzenia depresyjne – u 26 pacjentów (35% grupy badanej, 23 kobiet i 3 mężczyzn). U 24 pacjentów (31% grupy badanej, 21 kobiet i 3 mężczyzn) stwierdzono obecność epizodu depresyjnego, w tym u 5 osób (7% grupy badanej, 4 kobiet i 1 mężczyzny) w przebiegu zaburzeń depresyjnych nawracających, a u 1 kobiety – reakcję depresyjną. U 2 kobiet rozpoznano dystymię. Epizod depresji ciężki rozpoznano u 7 osób (10% grupy badanej, 5 kobiet i 2 mężczyzn), natomiast u 11 pacjentów zdiagnozowano zaburzenia depresyjne i lękowe mieszane (15% grupy badanej, 9 kobiet i 2 mężczyzn), u 3 (4% grupy badanej, 1 kobieta i 2 mężczyzn) zaburzenia lękowe uogólnione.

Czas pomiędzy wystąpieniem pieczenia a pojawieniem się zaburzeń psychicznych

Spośród 40 pacjentów, u których rozpoznano zaburzenia psychiczne, 23 (58%) nie

Tablica 1. Zaburzenia psychiczne w przebiegu BMS (wg klasyfikacji ICD-10)

Rozpoznanie	Ogółem		Kobiety	Mężczyźni
	n	%		
Zaburzenia depresyjne	26	35	23	3
Zaburzenia depresyjne i lękowe mieszane	11	15	9	2
Zaburzenia lękowe uogólnione	3	4	1	2
Zaburzenie psychiczne	40	54	33	7

Tablica 2. Zaburzenia depresyjne w przebiegu BMS (wg klasyfikacji ICD-10)

Nasilenie epizodu depresyjnego	Ogółem		Kobiety	Mężczyźni
	n	%		
Zaburzenia depresyjne	26	35	23	3
Epizod depresyjny ciężki	7	10	5	2
Epizod depresyjny umiarkowany	14	19	13	1
Epizod depresyjny łagodny	3	4	3	0
Dystymia	2	3	2	0

Tablica 3. Nasilenie dolegliwości depresyjnych wg Skali Depresji Hamiltona

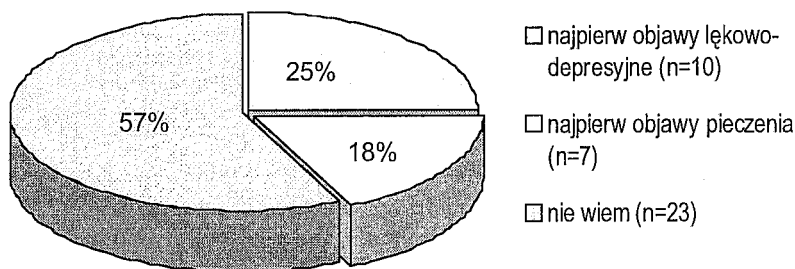
Nasilenie depresji	Kobiety	Mężczyźni	Ogółem
Bez depresji <8	26 (35%)	8 (11%)	34 (46%)
Łagodne 8–13	2 (3%)	7 (9%)	9 (12%)
Średnie 14–18	18 (24%)	–	18 (24%)
Nasilone 19–22	6 (8%)	–	6 (8%)
Bardzo nasilone >22	5 (7%)	2 (3%)	7 (9%)
Ogółem	57 (100%)	17 (100%)	74 (100%)

Tablica 4. Nasilenie dolegliwości lękowych wg Skali Lęku Hamiltona

Nasilenie lęku	Kobiety	Mężczyźni	Ogółem
Bez lęku <5	19 (26%)	3 (4%)	22 (30%)
Lęk wątpliwy 5–14	25 (34%)	6 (8%)	31 (42%)
Lęk pewny >14	17 (23%)	4 (5%)	21 (28%)
Ogółem	61(100%)	13 (100%)	74 (100%)

potrafiło odpowiedzieć na pytanie czy pierwsze wystąpiły dolegliwości bólowe, czy też objawy zaburzenia psychicznego. 10 osób (25%) stwierdziło, że pieczenie dołączyło

się do już wcześniej istniejących objawów lękowo-depresyjnych, natomiast 7 (18%) uważało, że pojawiły się wtórnie w stosunku do dolegliwości w jamie ustnej.



Rysunek 1. Zależność w czasie pomiędzy wystąpieniem wrażenia pieczenia, a pojawieniem się objawów zaburzeń psychicznych

Pacjenci z zaburzeniami psychicznymi i bez nich

Cechy demograficzne. Nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy co do wieku, płci i wykształcenia pomiędzy porównywanymi grupami (tabl. 5)

Cechy kliniczne BMS. Związki między zaburzeniami psychicznymi a cechami BMS przedstawia tabl. 6.

Uczucie pieczenia najczęściej w obu grupach dotyczyło języka i w kolejności: warg, błony śluzowej podniebienia twardego, gardła, dziąseł, policzków i dna jamy ustnej. Stwierdzono, że dolegliwości bólowe istotnie statystycznie częściej dotyczyły błony śluzowej

wej gardła ($p < 0,01$) i dziąseł ($p < 0,05$) w grupie I niż w grupie II.

Zauważono, że u pacjentów z grupy I wrażenie pieczenia obejmowało większą liczbę okolic jamy ustnej. Istotnie statystycznie częściej ($p < 0,001$) dolegliwości bólowe dotyczyły 1 albo 2 okolic jamy ustnej w grupie II, natomiast od 3 do 7 w grupie I.

Nasilenie dolegliwości bólowych pacjenci oceniali średnio na 4,0. Nasilenie tych dolegliwości było większe w grupie z zaburzeniami psychicznymi (średnio 4,2), w porównaniu z grupą bez tych zaburzeń (średnio 3,8), ale różnica ta nie była istotna statystycznie. Zauważono również, że nasilenie tych

Tablica 5. Płeć, wiek i wykształcenie badanych a współwystępowanie zaburzeń psychicznych w przebiegu BMS

Zmienna	Płeć	Z zaburzeniami psychicznymi (I) (N=40)		Bez zaburzeń psychicznych (II) (N=34)		Istotność
		n	%	n	%	
Płeć	kobiety	33	83	26	76	ns
	mężczyźni	7	17	8	24	ns
Wykształcenie	podstawowe	15	37,5	10	29,4	ns
	zawodowe	5	12,5	3	8,8	ns
	średnie	12	30	11	32,4	ns
	wyższe	8	20	10	29,4	ns
Ogółem		40	100	34	100	ns
Wiek – średnia (lata)		62,7		63		ns

ns – nieistotnie statystycznie

Tablica 6. Analizowane zmienne kliniczne a współwystępowanie zaburzeń psychicznych w przebiegu BMS

Zmienne kliniczne		Grupa z zaburzeniami psychicznymi (I) (N=40)		Grupa bez zaburzeń psychicznych (II) (N=34)		Istotność test t-Studenta
		%	n	%	n	
Nasilenie dolegliwości bólowych (skala: 0–5)	5	19	47,5	10	29,4	ns (0,112)
	4	12	30	10	29,4	ns
	3–2	9	22,5	14	41,18	ns (0,084)
	1–0	0	0	0	0	ns
Umiejscowienie	język	38	95	34	100	ns
	wargi	31	77,5	20	58,8	ns
	podniebienie twarde	24	60	14	41,2	ns
	gardło	14	35	3	8,8	<0,01
	dziąsła	10	25	2	5,9	<0,05
	policzki	8	20	3	8,8	ns
	dno jamy ustnej	3	7,5	1	2,9	ns
	suchość	33	82,5	32	94,1	ns
Liczba piekących okolic jamy ustnej	1–2	9	22,5	23	67,6	<0,001
	3–7	31	77,5	11	32,4	<0,001
Średnie nasilenie dolegliwości (skala: 0–5)		4,20		3,82		ns
Średni czas trwania w miesiącach		17,5		30,4		<0,05*

ns – nieistotne statystycznie, * ns wg testu dokładnego Fishera

Tablica 7. Fluktuacja dolegliwości bólowych w ciągu doby (podział na 3 typy wg Lameya i Lewisa)

Typ zaburzeń	Grupa z zaburzeniami psychicznymi (I) (N=40)	Grupa bez zaburzeń psychicznych (II) (N=34)	Razem (N=74)
I	9 (22,5%)	6 (17,65%)	15 (20,27%)
II	22 (55%)	21 (61,76%)	43 (58,11%)
III	2 (5%)	3 (8,82%)	5 (6,7%)
Inne	7 (17,5%)	4 (11,76%)	11 (14,86%)

dolegliwości było wyższe w podgrupie z rozpoznaniem ciężkim epizodem depresji (średnio 4,42). Częściej też pacjenci z grupy z zaburzeniami psychicznymi oceniali ból jako nie do wytrzymania.

Czas trwania dolegliwości bólowych wahał się od 1 miesiąca do 10 lat, średnio wynosił 2 lata. Nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy pomiędzy grupą z zabu-

zrzeniami psychicznymi i bez nich co do długości trwania dolegliwości bólowych.

Nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy co do współwystępowania uczucia suchości (83% w grupie z zaburzeniami psychicznymi i 94% w grupie bez tych zaburzeń).

Oceniając fluktuację dolegliwości bólowych w ciągu doby, posłużono się podziałem na 3 typy zaproponowanym przez Lameya

i Lewisa. Prawie 15% pacjentów nie spełniło kryteriów dla żadnego z 3 typów. Nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy co do częstości występowania poszczególnych typów BMS między grupą I a II (tabl. 7).

OMÓWIENIE

Współwystępowanie zaburzeń psychicznych

Uzyskane wyniki wskazują, że u znacznej części pacjentów (aż 54%) z rozpoznaniem BMS współwystępują zaburzenia lękowo-depresyjne. Według danych WHO, przedstawionych na podstawie wielośrodkowego badania, zaburzenia lękowe lub depresyjne rozpoznaje się średnio u ok. 20% pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej [12]. Należy się jednak spodziewać, że odsetek ten jest niższy w ogólnej populacji [14].

W badaniach nad BMS na świecie stwierdzono również wyższy odsetek pacjentów ze współistniejącymi zaburzeniami lękowo-depresyjnymi w przebiegu BMS, w porównaniu z populacją pacjentów POZ. Bogetto w grupie 102 pacjentów z BMS rozpoznał zaburzenia lękowo-depresyjne wg DSM-IV u 55,9%, podczas gdy w grupie kontrolnej tylko u 23,5% [2]. Rojo w badaniu w grupie 74 pacjentów z BMS stwierdził podobny do naszego odsetek zaburzeń lękowo-depresyjnych (50%), a Browning badając 25 osób z BMS rozpoznał te zaburzenia u 44% [3, 16]. Lamb, używając kwestionariusza Cattella 16 PF, wykazał obecność zaburzeń lękowych lub depresyjnych u ponad połowy (54%) spośród 47 pacjentów z BMS [8].

Lamey, postępując się skalą HAD (*Hospital Anxiety and Depression Scale*) stwierdził, że z BMS częściej są związane zaburzenia lękowe (u 62% badanych z postawionym rozpoznaniem psychiatrycznym) niż depresyjne (u 32%), przy czym 11% badanych wykazywało zarówno objawy lęku, jak i depresji [10].

Obserwacje innych autorów dotyczące częstości występowania lęku lub depresji są zbliżone do naszych – częściej rozpoznawa-

liśmy zaburzenia depresyjne (u 35% pacjentów z BMS) niż zaburzenia lękowe uogólnione (4%), a u 15% rozpoznaliśmy mieszane zaburzenia lękowo-depresyjne. W badaniu prowadzonym przez Rojo u 31% stwierdzono depresję, a u 10,8% zaburzenia lękowe, natomiast 8% pacjentów miało objawy zaburzenia mieszanego [16]. Bogetto, stosując kryteria DSM-IV, zaburzenia depresyjne rozpoznał u 32,3% pacjentów, a zaburzenia lękowe uogólnione u 25,5% [2].

Czas pomiędzy wystąpieniem pieczenia a pojawieniem się zaburzeń psychicznych

Nadal nie ma jednoznacznej odpowiedzi na pytanie, czy stwierdzane pojedyncze objawy psychopatologiczne i zaburzenia psychiczne są przyczyną, czy też rezultatem chronicznego bólu. Browning starał się ustalić związek w czasie pomiędzy wystąpieniem BMS a objawami zaburzeń psychicznych. U 20% badanych objawy te wystąpiły jednocześnie, u 20% wcześniej wystąpiło pieczenie (od 5 miesięcy do 2,5 roku). U 50% badanych objawy zaburzeń psychicznych poprzedzały symptomy BMS. 10% badanych nie było w stanie określić związku czasowego. W naszych badaniach 25% pacjentów z zaburzeniami psychicznymi w przebiegu BMS deklarowało, że wcześniej wystąpiły objawy lękowo-depresyjne, 17,5% wcześniej odczuwało objawy pieczenia i aż 57% nie było w stanie ustalić związku czasowego. Nie udało nam się ustalić na tej podstawie związku w czasie pomiędzy wystąpieniem objawów BMS i zaburzenia psychicznego. Podobnie Fishbain analizując 191 badań dotyczących związku pomiędzy bólem a depresją nie uzyskał jednoznacznej odpowiedzi na pytanie czy depresja poprzedza ból przewlekły, czy też jest jego konsekwencją [5].

Pacjenci z zaburzeniami psychicznymi i bez nich

Nasze wyniki możemy porównać tylko z pracą Bogetta, który jako jedyny dokonuje podobnej analizy. Tak jak ten autor, nie

stwierdziliśmy pomiędzy badanymi grupami różnicy co do wieku i płci. Z naszych badań wynika, że również wykształcenie nie miało związku z występowaniem lub nie zaburzeń psychicznych w przebiegu BMS.

Uważa się, że przewlekłe dolegliwości bólowe są odczuwane jako bardziej dokuczliwe i nasilone w przebiegu depresji [5, 15]. Średnie nasilenie dolegliwości bólowych było większe wśród pacjentów depresyjno-lękowych, ale różnica ta nie była istotna statystycznie. Jednak zdecydowanie większy odsetek pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń psychicznych oceniał dolegliwości bólowe jako „nie do wytrzymania”.

Rozmieszczenie dolegliwości bólowych oraz częstotliwość występowania uczucia suchości były podobne w obu grupach. Uczucie pieczenia w gardle było znacząco częstsze w grupie I i łączyło się z wrażeniem zawadzenia, ściskania, kuli w gardle, co jest jednym z objawów lęku.

U pacjentów z zaburzeniami psychicznymi istotnie częściej większa liczba okolic w jamie ustnej była wskazywana jako miejsce pieczenia, co może świadczyć o wzmożonym odczuwaniu bólu w przebiegu zaburzeń depresyjno-lękowych.

Oceniając dobową fluktuację dolegliwości, podobnie jak Bogetto, nie znaleźliśmy związku pomiędzy częstością występowania BMS typu II wg Lameya i Lewisa, a występowaniem zaburzeń psychicznych [2, 11].

Dalszym etapem naszych badań będzie ocena skuteczności leczenia BMS lekami przeciwdepresyjnymi.

WNIOSKI

1. U ponad połowy (54%) pacjentów z rozpoznaniem BMS stwierdzono współwystępowanie zaburzeń psychicznych pod postacią zaburzeń depresyjnych lub lękowych.
2. BMS towarzyszyły najczęściej zaburzenia depresyjne – 35%, rzadziej zaburzenia depresyjne i lękowe mieszane – 15% i lękowe uogólnione – 4%.

3. Nie stwierdzono związku czasowego pomiędzy pojawieniem się dolegliwości bólowych BMS a wystąpieniem objawów zaburzeń psychicznych.
4. Nie stwierdzono różnic demograficznych pomiędzy pacjentami z BMS, u których współistnieją zaburzenia psychiczne, a pacjentami bez zaburzeń psychicznych.
5. Nasilenie dolegliwości bólowych było większe w grupie ze współwystępującymi zaburzeniami psychicznymi, ale różnica ta była nieistotna statystycznie. Istotnie częściej w grupie tej pacjenci odczuwali pieczenie i zawadzenie w gardle oraz istotnie większa była liczba okolic dotkniętych pieczeniem.

PIŚMIENNICTWO

1. Bergdahl J, Perris H, Anneroth G. Personality characteristics of patients with resistant burning mouth syndrome. *Acta Odontol Scand* 1995; 53: 7–10.
2. Bogetto F, Maina G, Ferro G, Carbone M, Gandolfo S. Psychiatric Comorbidity in Patients With Burning Mouth Syndrome. *Psychosom Med* 1998; 60: 378–85.
3. Browning S, Hislop S, Scully C, Shirlaw P. The association between burning mouth syndrome and psychosocial disorders. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1987; 64: 171–4.
4. Eli I, Kleinhauz M, Baht R, Littner M. Antecedentes of burning mouth syndrome (glossodynia) recent life events vs. psychopathological aspects. *J Dent Res* 1994; 73: 567–72.
5. Fishbain DA, Cutler R, Rosomoff HL, Rosomoff RS. Chronic Pain-Associated Depression: Antecedent or Consequence of Chronic Pain? A Review. *Clin J Pain* 1997; 13: 116–37.
6. Gorsky M, Silverman S, Chinn H. Clinical characteristics and management outcome in the burning mouth syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1991; 72: 192–5.
7. Grinspan D, Blanco G, Allevato M, Stengeł F. Burning mouth syndrome. *Int J Dermat* 1995; 34: 483–7.
8. Lamb AB, Lamey PJ, Reeve P. Burning mouth syndrome: psychological aspects. *Br Dent J* 1988; 165: 256–60.

9. Lamey PJ, Lamb AB. Prospective study of aetiological factors in burning mouth syndrome. *Br Med J* 1988; 296: 1243–6.
10. Lamey PJ, Lamb AB. The usefulness of the HAD scale in assessing anxiety and depression in patients with burning mouth syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1989; 67: 390–2.
11. Lamey PJ, Lewis MAO. Oral Medicine In Practice: burning mouth syndrome. *Br Dent J* 1989; 167: 197–200.
12. Lepine JP. Epidemiology, burden, and disability in depression and anxiety. *J Clin Psychiatry* 2001; 62 (supl 13): 4–10.
13. Nicholson M, Nicholson G, Wilkinson E, Longman L, Fitzgerald B. A pilot study. Stability of psychiatric diagnoses over 6 months in burning mouth syndrome. *J Psychosom Res* 2000; 49: 1–2.
14. Parnowski T. Depresja i choroby somatyczne – jak je rozpoznawać i jak leczyć. *Dyskusje o depresji* 2001; 14: 8–11.
15. Pużyński S. Ból i zaburzenia afektywne, zwłaszcza depresja. *CML – Psychiatria* 2002; 4: 5–10.
16. Rojo L, Silvestre FJ, Bagan JV, De Vicente T. Psychiatric morbidity in burning mouth syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1993; 75: 308–11.
17. Tourne LP, Friction JR. Burning mouth syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1992; 74: 158–67.

*Adres: Dr Adam Miller, Klinika Zaburzeń Afektywnych i Psychiatrii Młodzieżowej
Uniwersytetu Medycznego, ul. Czechosłowacka 8/10, 92-216 Łódź*