



# Depresja i zaburzenia lękowe u pacjentów z chorobami reumatologicznymi

## Depression and anxiety in patients with rheumatic diseases

Agnieszka Górnicka<sup>1, A–D</sup>, Adriana Wawer<sup>2, C–F</sup>

<sup>1</sup> Warszawski Uniwersytet Medyczny, Polska

<sup>2</sup> Katedra i Zakład Farmakologii Doświadczalnej i Klinicznej, Centrum Badań Przedklinicznych i Technologii CePT, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Polska

A – Koncepcja i projekt badania, B – Gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – Analiza i interpretacja danych, D – Napisanie artykułu, E – Krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – Zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Górnicka A, Wawer A. Depresja i zaburzenia lękowe u pacjentów z chorobami reumatologicznymi. Med Og Nauk Zdr. 2020; 26(4): 343–347. doi: 10.26444/monz/130926

### Streszczenie

**Wprowadzenie i cel pracy.** Choroby reumatyczne dotyczą znacznego odsetka populacji. Pacjenci na nie chorujący znacznie częściej niż ludzie zdrowi doświadczają w swoim życiu sytuacji stresowych. Celem pracy był przegląd dostępnej literatury dotyczącej związku pomiędzy chorobami reumatycznymi a występowaniem depresji oraz zaburzeń lękowych.

**Skrócony opis stanu wiedzy.** Opublikowane wyniki badań świadczą o tym, że pacjenci z chorobami reumatycznymi są bardziej zagrożeni występowaniem zaburzeń sfery psychicznej. W tej grupie osób reakcja stresowa przebiega w inny sposób aniżeli u ludzi zdrowych, m.in. ze względu na inny stan czynnościowy osi podwzgórze–przysadka–nadnercza oraz układu współczulnego – u pacjentów dochodzi do zmian w funkcjonowaniu układu odpornościowego, jak również zmian w percepcji bólu. Na zwiększone ryzyko wystąpienia zaburzeń psychicznych może mieć wpływ także stosowane leczenie choroby reumatycznej. Dodatkowo wykazano, że u pacjentów reumatycznych, u których współwystępuje depresja czy zaburzenia lękowe, trudniej jest osiągnąć stan remisji.

**Podsumowanie.** W chorobach reumatycznych zmiana sytuacji życiowej bardzo często ma nagły charakter i stanowi trudne doświadczenie egzystencjalne oraz psychiczne. W związku ze zwiększonym ryzykiem występowania depresji i innych zaburzeń psychicznych u pacjentów reumatycznych konieczne jest podjęcie odpowiednich działań psychoterapeutycznych oraz postawienie prawidłowej diagnozy, by możliwe było szybkie rozpoczęcie skutecznego leczenia, jeśli jest ono konieczne.

### Słowa kluczowe

depresja, zaburzenia lękowe, stres, choroby reumatyczne

### Abstract

**Introduction and objective.** Rheumatic diseases affect a large part of the population. Patients with rheumatic diseases experience stressful situations considerably more often than healthy people. The aim of the study was to review available literature on the relationship between rheumatic diseases and the prevalence of depression and anxiety.

**Brief description of the state of knowledge.** Results of studies indicate that patients who suffer from rheumatic diseases are at increased risk of mental disorders. In this population group the reaction to stress develops differently than in healthy individuals, due to such factors as different functional state of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis and the sympathetic nervous system, which results in changes in the functioning of the immune system and pain perception. The increased risk of mental disorders may also result from the applied treatment for rheumatic disease. In addition, it has been confirmed that in rheumatic patients with concomitant depression or anxiety disorders it is more difficult to reach a state of remission.

**Conclusions.** An initial diagnosis of rheumatic disease has an emotional impact and leads to drastic life styles changes. Due to an increased risk of depression and other psychiatric disorders in patients who suffer from rheumatic diseases it is necessary to undertake proper psychotherapeutic interventions and make the correct diagnosis in order to start an effective treatment.

### Key words

rheumatic diseases, depression, anxiety disorders, stress

### WSTĘP

Choroby reumatyczne to grupa chorób charakteryzujących się powstawaniem przewlekłych zmian zapalnych w obrębie tkanki łącznej. Są to schorzenia przewlekłe, które powodują uszkodzenie narządu ruchu oraz przyczyniają się

do powstawania powikłań wielonarządowych, mogących prowadzić nawet do zgonu pacjenta. Opisano bardzo wiele różnych chorób reumatycznych, które można podzielić najogólniej na: zapalne, niezapalne oraz takie, w których objawy stawowe są przejawem innej choroby ogólnoustrojowej [1]. Szacuje się, że na reumatyczne dolegliwości ze strony narządu ruchu cierpi w Europie ok. 30–40% populacji [2]. Pacjenci to osoby w różnym wieku, w tym również osoby młode, dopiero rozpoczynające dorosłe życie, które są w okresie intensywnej aktywności życiowej i zawodowej.

Wyniki wielu przeprowadzonych badań wskazują, że częstość występowania zaburzeń psychicznych, w tym depresji

Adres do korespondencji: Adriana Wawer, Katedra i Zakład Farmakologii Doświadczalnej i Klinicznej, Centrum Badań Przedklinicznych i Technologii CePT, Warszawski Uniwersytet Medyczny, ul. Banacha 1b, 02-097 Warszawa, Polska  
e-mail: awawer@wum.edu.pl

Nadesłano: 24.04.2020; zaakceptowano do publikacji: 26.11.2020; publikacja online: 15.12.2020

czy lęku, jest wśród pacjentów z chorobami reumatycznymi istotnie wyższa niż w populacji ogólnej [3, 4]. Wykazano również, że depresja bądź zaburzenia lękowe mogą powodować większe odczuwanie bólu przez pacjentów [5, 6].

Celem niniejszej pracy był przegląd dostępnej literatury dotyczącej związku pomiędzy chorobami reumatycznymi a występowaniem depresji oraz zaburzeń lękowych. Wykorzystano w tym celu literaturę krajową oraz zagraniczną, a także informacje pochodzące z raportu opartego na danych uzyskanych w ramach kampanii „RZS – nie rezygnuj” [7].

## STRES PSYCHOLOGICZNY

Pojęcie stresu psychologicznego zostało stworzone przez Richarda Lazarusa i Susan Folkman. Ich zdaniem stres psychologiczny to szczególna relacja pomiędzy środowiskiem a osobą – taka, którą dana osoba ocenia jako nadwyrężającą jej zasoby oraz zagrażającą jej dobrostanowi [8]. Potencjalny stresor może stanowić choroba przewlekła – narusza ona w znaczącym stopniu równowagę w układzie podmiot–otoczenie, stawiając chorego przed koniecznością przystosowania się do nowej, odmiennej sytuacji życiowej. W wielu przypadkach choroba przewlekła przekracza dotychczasowe możliwości adaptacyjne pacjenta, zagrażając jego dobrostanowi biologicznemu, psychologicznemu, społecznemu i duchowemu.

Reakcja organizmu na stres ma początek na poziomie kory mózgowej, stamtąd sygnał kierowany jest do układu limbicznego, umiejscowionego w podwzgórzu. Dochodzi tu do emocjonalizacji stresu, czyli wartościowania oraz oceny tego, czy jest to stres, który jest dla odbiorcy korzystny, dobry (ang. *eustress*) czy zły (ang. *distress*). Następnie dochodzi do reakcji organizmu na stres – uwalniania neuroprzekaźników (m.in. noradrenaliny) oraz hormonów (m.in. kortyzolu) [9, 10].

U pacjentów zmagających się z chorobami reumatycznymi ta reakcja stresowa przebiega odmiennie aniżeli u zdrowych ludzi. Jest to związane z innym stanem czynnościowym osi podwzgórze–przysadka–nadnercza, jak również stanem układu współczulnego – na skutek tego zmieniona zostaje immunoregulacja oraz odczuwanie bólu [11]. Zaburzenia w funkcjonowaniu układu odpornościowego związane ze stresem towarzyszącym chorobom reumatycznym to bardzo złożone zagadnienie, które jest przedmiotem wielu badań [12–14].

Choroby reumatyczne są ogromnym obciążeniem emocjonalnym nie tylko dla osoby, która choruje, lecz również dla jej rodziny i otoczenia. Stresogenna sytuacja spowodowana jest nie tylko trudnościami związanymi z zachorowaniem, ale także, a może nawet przede wszystkim, wynika z nieprzewidywalności przebiegu choroby [15].

W przypadku analizy stresu pacjenta zmagającego się z chorobą reumatyczną konieczne jest zauważenie, że chory tkwi tak naprawdę w błędnym kole. Z jednej strony stres może stać się przyczyną początku choroby albo jej zaostrzenia. Natomiast z drugiej – choroba sama w sobie stanowi źródło stresu i go nasila. Zatrzymanie tego błędnego koła to przedmiot starań psychologa klinicznego, który powinien działać we współpracy z lekarzem reumatologiem [16].

Założenie, że osoby, które są przewlekle chore, mogą przyzwyczaić się do ograniczeń, jakie spowodowała choroba, jest błędne. U pacjentów często dochodzi do wystąpienia zaburzeń emocjonalnych, które najczęściej związane są z:

- obciążeniem emocjonalnym,
- postępowaniem choroby,
- jej nieprzewidywalnością,
- przewlekłym bólem,
- utrudnieniami w życiu codziennym [23].

Odnosi się to nie tylko do pacjentów zmagających się z chorobą reumatyczną mającą podłoże zapalne, lecz również do tych, którzy cierpią na chorobę zwyrodnieniową stawów. Wśród najczęściej diagnozowanych zaburzeń wymienia się dysfunkcje wynikające z przeciążenia układu nerwowego, czyli zaburzenia nerwicowe i depresję w reakcji na nieumiejętność radzenia sobie z trudną sytuacją. W grupie pacjentów o wysokim poziomie stresu psychologicznego wzrasta zapotrzebowanie na konsultacje lekarskie, wysokie są koszty leczenia, częste są zwolnienia lekarskie i utrata pracy [17].

## ZABURZENIA PSYCHICZNE U PACJENTÓW REUMATYCZNYCH

U pacjentów chorujących na choroby reumatyczne występowanie depresji stwierdza się nawet dwukrotnie częściej niż w populacji ogólnej [14, 18, 19].

Depresję rozpoznaje się u pacjentów na podstawie występowania m.in. objawów takich jak:

- osłabienie tempa rytmów ruchowych,
- osłabienie tempa psychicznych rytmów,
- obniżenie nastroju,
- lęk,
- objawy somatyczne przybierające postać np. zaburzeń żołądkowo-jelitowych,
- zaburzenia rytmów biologicznych.

Lęk, który ujawnia się w depresji, ma charakter przemijający. Natomiast w przypadku zaburzeń nerwicowych lęk może przybierać różne nasilenie i stanowi on osiowy objaw zaburzenia. Nielezione zaburzenia psychiczne pogłębiają się oraz nasilają w ten sposób objawy choroby reumatycznej. Może to prowadzić do pogorszenia się współpracy pacjenta z lekarzem oraz zmniejszenia się jego zaangażowania w leczenie. Oprócz tego pojawia się ryzyko myśli samobójczych, prób samobójczych, a w konsekwencji skróceniu ulega także czas przeżycia pacjentów z chorobami reumatycznymi.

Zdarza się, że stres spowodowany przez przewlekłą chorobę może stanowić również przyczynę ujawnienia się zaburzeń psychicznych, które przyjmują postać psychozy. Mogą one być reakcją na traumę pojawiającą się na skutek uświadomienia sobie stanu chorobowego [20]. Przybierają one postać zespołów lękowo-urojeniowych, lękowo-depresyjnych czy zamroczeniowych.

Tego rodzaju zaburzenia emocjonalne mogą wystąpić również jako skutek zajęcia układu nerwowego, co w chorobach reumatycznych występuje dosyć często. Zajęcie układu nerwowego ma miejsce w szczególności w przebiegu tocznia rumieniowatego układowego.

Analizując problemy emocjonalne osób, które zmagają się z chorobą reumatyczną, warto wspomnieć, iż w przypadku dzieci diagnostyka przebiega inaczej niż w przypadku osób dorosłych. Wynika to przede wszystkim z faktu, iż wymaga ona korzystania z innych technik diagnostycznych oraz szerokiej znajomości objawów klinicznych, a także wnikliwej oraz niewątpliwie cierplivej obserwacji. U dzieci zdiagnozowanie

zaburzeń emocjonalnych (które mogą być spowodowane chorobą albo trudnościami, jakie związane są z zupełnie innymi obszarami życia) jest znacznie bardziej skomplikowane [21].

Właściwe rozpoznanie etiologii zaburzeń, a także skierowanie pacjenta na leczenie farmakologiczne i/lub psychoterapię to podstawowa rola psychologa. W związku z tym, to przed psychologiem klinicznym/psychoterapeutą stoją kluczowe zadania, to on ma pomagać pacjentom w radzeniu sobie z napotkanymi trudnościami. Niestety tego rodzaju pomoc częstokrotnie prowadzona jest jedynie w okresie, gdy pacjent przebywa w szpitalu.

Za podstawowe narzędzie diagnostyczne uznaje się przeprowadzony rzetelnie wywiad psychologiczny. Pozwala on na poznanie historii życia pacjenta, a także jego sposobów radzenia sobie z napotkanymi w codziennym życiu trudnościami, które związane są z chorobą. Ponadto wywiad psychologiczny pozwala wspierać pacjenta w wypracowaniu właściwych modeli służących radzeniu sobie z trudną sytuacją. Za bardzo cenne uznaje się uzyskanie informacji o tym, jaką postawę w stosunku do pacjenta przejawiają jego członkowie rodziny. W przypadku ujawnienia się w rodzinie problemów relacyjnych satysfakcjonujące wyniki daje również możliwość przeprowadzenia systemowej terapii rodzin (najczęściej w przypadku gdy pacjentem jest dziecko).

Zaburzenia emocjonalne, a także głębsze zaburzenia świadomości mogą występować nie tylko na skutek stresu wynikającego z przewlekłej choroby, lecz także jako objaw jej aktywności. Narzędziami badawczymi, które pozwalają na dokonanie oceny etiologii oraz nasilenia zaburzeń poznawczych, są:

- Test Figury Złożonej Reya,
- Kwestionariusz DUM (Diagnozowanie Uszkodzeń Mózgu), oceniający poziom uszkodzeń w środkowym układzie nerwowym,
- Prosty Test Badania Uwagi,
- Test Pamięci Wzrokowej Bentona,
- Test 15 Słów Reya (ang. Auditory Verbal Learning Test, AVLT),
- Test Łączenia Punktów (ang. Trail Making Test, TMT),
- Test Kolorowych Słów Stroopa [11, 22].

Każde badanie zaburzeń poznawczych powinno zostać uzupełnione danymi, które dotyczą emocjonalnego stanu pacjenta. Informacje, które zostaną uzyskane na skutek obserwacji pacjenta oraz wywiadu, mogą zostać uzupełnione przez wyniki badań kwestionariuszowych. W tym celu stosuje się narzędzia badawcze takie jak:

- Skala Akceptacji Choroby (AIS),
- Skala Depresji Becka,
- Kwestionariusz SF-36 (ang. Short Form Health Survey),
- Test Drzewa (zwany też testem Kocha),
- Kwestionariusz Percepcji Choroby (ang. Illness Perception Questionnaire, IPQ) [11, 22].

W przypadku stosowania metod diagnostycznych o charakterze ilościowym i jakościowym mogą pojawić się trudności, które wynikają z kompleksowego charakteru badania, które wymaga nie tylko dużego nakładu czasu, lecz również szerokich umiejętności. Ponadto wybór metody diagnostycznej powinien być dokonany indywidualnie oraz przy uwzględnieniu problemów, które zgłaszane są przez danego pacjenta. Niezmiernie istotna w dobieraniu właściwych narzędzi badawczych jest obserwacja pacjenta, dlatego tak

ważne jest przeprowadzenie w tym celu wnikliwego wywiadu [22].

Społeczne reakcje na odmienność oraz trudności, z jakimi zmaga się osoba z chorobą reumatyczną, uzależnione są od tego, w jaki sposób choroba będzie zinterpretowana poprzez taką osobę. Jeżeli otoczenie zauważy, iż chory pomimo ograniczeń chętnie realizuje się życiowo, będzie wspierało go w aktywności oraz podziwiał postawę [24]. W przypadku gdy chory przyjmuje postawę rezygnacyjną, pojawia się wobec niego uczucie współczucia, a także wzmacniane jest przekonanie, iż sytuacja jest beznadziejna.

W badaniu przeprowadzonym przez Dregana i wsp. przeanalizowano dane 538 707 brytyjskich pacjentów pochodzące z rejestru podstawowej opieki zdrowotnej, w tym chorych zmagających się z reumatoidalnym zapaleniem stawów (RZS) [19]. Wykazano, iż ryzyko wystąpienia depresji oraz zaburzeń lękowych wśród osób chorujących na przewlekłe choroby o podłożu zapalnym jest ogółem o 16% większe aniżeli w grupie kontrolnej. W przypadku RZS ryzyko zachorowania na depresję było wyższe średnio o 38% niż w grupie kontrolnej i zależało od wieku pacjenta w momencie postawienia diagnozy (w przypadku pacjentów, którzy zachorowali przed 40. r.ż., ryzyko zachorowania na depresję było ponad dwukrotnie wyższe niż w grupie kontrolnej). Do rozwoju depresji u osób chorujących na schorzenia przewlekłe przyczynia się wiele czynników, m.in.:

- indywidualne predyspozycje psychiczne,
- predyspozycje genetyczne,
- długotrwały stres,
- zwiększenie stężeń prozapalnych cytokin w ośrodkowym układzie nerwowym.

W przypadku pacjentów cierpiących na RZS depresja pojawia się u 13–65% osób, jednakże rozpoznawana jest jedynie u 25% chorych. Zwiększoną częstość występowania depresji w tej grupie pacjentów próbuje się tłumaczyć produkcją dużej liczby cytokin prozapalnych, co może powodować zaburzenia w zachowaniu [25]. Wydzielanie interleukin (białek, które uczestniczą w odpowiedzi układu odpornościowego na stan zapalny lub zagrożenie) sprawia, iż zmniejsza się produkcja neuroprzekaźnika – serotoniny. W dalszej kolejności, przedstawiając tę kwestię w uproszczeniu, można powiedzieć, że niedobór serotoniny może wiązać się bezpośrednio z wystąpieniem objawów depresji. Nie tylko pacjenci zmagający się z RZS są w grupie zwiększonego ryzyka depresji, ale także chorzy na inne choroby o podłożu autoimmunologicznym (np. cierpiący na łuszczycę czy chorobę Hashimoto) [7]. Według Sheltona i wsp. schorzenia, w których dochodzi do wzrostu cytokin prozapalnych (np. IL-6, TNF- $\alpha$ , CRP), powodują zwiększone ryzyko wystąpienia depresji. Prawdopodobnie cytokiny te mogą wywierać wpływ na metabolizm neuroprzekaźników czy funkcje neuroendokrynne [26].

W 2019 roku opublikowano raport podsumowujący dane zebrane w ramach kampanii „RZS – nie rezygnuj”. Ukazano w nim m.in. ogromny wpływ tej choroby na psychikę pacjentów [7]. Wykazano, iż co druga z osób badanych zgłaszała występowanie objawów depresyjnych. Wśród chorych 69% osób wskazywało na obniżenie nastroju, a 54% na stany lękowe oraz towarzyszący niepokój, które znacznie wpływały na jakość ich codziennego życia.

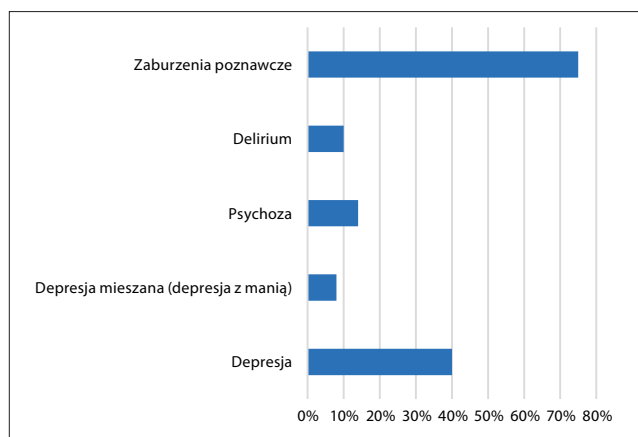
Profesor Brygida Kwiatkowska, reumatolog z Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji, wskazuje, że w przypadku osób zmagających się z RZS nie jest

przeprowadzana diagnostyka pod kątem występowania zaburzeń lękowych oraz depresji, a także nie jest wprowadzane leczenie przeciwdepresyjne. Podkreśla ponadto, iż powinno to być badanie standardowe w czasie wizyty każdego chorego [25].

Pacjenci podają, iż częstokrotnie po usłyszeniu diagnozy nie mają ochoty rozmawiać, nie tylko z bliskimi osobami, lecz także z psychoterapeutami. W związku z tym niezmiernie istotne jest odpowiednie podejście do chorego. Inni wskazują, iż od chwili pogodzenia się z nieuleczalną chorobą zauważyli większą łatwość odnalezienia się w chorobie.

Zmaganie się z chorobami reumatycznymi jest bardzo trudne i wiąże się z silnymi dolegliwościami, które odczuwa większość pacjentów. Chorzy muszą oszczędzać energię i odpowiednio planować dzień. Często choroba zmusza ich do odwoływania spotkań. Znacznie trudniej jest w przypadku, gdy choroba powoduje absencję w pracy, ponieważ nie zawsze można liczyć na wyrozumiałość pracodawcy. Mimo to osoby chorujące potrafią być bardziej wydajne, ponieważ chcą czuć się potrzebne. Raport wskazuje ponadto, że większość chorych mimo napotykanymi trudnościami chce być aktywna i czynna zawodowo oraz towarzysko. Stanowi to dla nich swego rodzaju psychoterapię.

Współwystępowanie depresji u pacjentów z chorobami reumatycznymi wiąże się także z zażywaniem leków. Najczęściej zwraca się uwagę na stosowanie glikokortykosteroidów, które mogą wywoływać szereg działań niepożądanych, w tym mogą powodować zaburzenia psychiczne (ryc. 1). Jak wskazują Jasiewicz i wsp., ujemne skutki ich długotrwałego stosowania stanowią jedno z najczęstszych powikłań w chorobach reumatycznych [27]. W związku z występującymi działaniami niepożądanymi przyjmuje się, że glikokortykosteroidów nie powinno się stosować dłużej niż 3–6 miesięcy, i to głównie tuż po rozpoznaniu choroby oraz ewentualnie w czasie zaostrzeń. Niestety pozostałe leki przyjmowane przez pacjentów również mogą prowadzić do pojawienia się zaburzeń psychicznych. Występowanie oraz nasilenie depresji, zaburzeń lękowych czy myśli samobójczych może różnić się między grupami pacjentów w zależności od zażywanego leku, co powinno być uwzględnione w podejmowaniu decyzji terapeutycznych. Wykazano, że pacjenci leczeni lekami biologicznymi (anty-TNF- $\alpha$ ) są narażeni na większe ryzyko wystąpienia depresji, zaburzeń lękowych czy myśli samobójczych niż ci, którzy otrzymują metotreksat lub leflunomid [28].



**Rycina 1.** Zaburzenia występujące u pacjentów leczonych glikokortykosteroidami  
Źródło: [Jasiewicz A, Samochowiec J, Zaburzenia psychiczne w chorobach tkanki łącznej. *Psychiatria*. 2011; 8(2): 39–45].

## WPŁYW WYSTĘPOWANIA ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH NA SKUTECZNOŚĆ LECZENIA CHOROBY REUMATYCZNEJ

Celem leczenia chorób reumatycznych jest uzyskanie stanu remisji, niestety nie u każdego pacjenta udaje się ten cel osiągnąć. Badania wykazały, że występowanie depresji u pacjentów z chorobami reumatycznymi nasila objawy somatyczne, powoduje silniejsze odczuwanie bólu, mniejszą jego tolerancję, obniżenie progu bólowego [5, 29]. Opublikowane dotychczas wyniki prac badawczych wiążą również występowanie depresji czy zaburzeń lękowych z mniejszą szansą osiągnięcia przez pacjenta stanu remisji [6, 30, 31]. Z kolei efekty leczenia depresji są tym gorsze, im bardziej nasiloną jest aktywność choroby reumatycznej. Świadczy to o konieczności jednoczesnego, zintensyfikowanego leczenia obu chorób i ich jak najwcześniejszego rozpoznania.

## WNIOSKI

W codziennej praktyce lekarskiej można spotkać się ze stanowiskiem specjalistów wskazujących na istnienie związku pomiędzy przewlekłymi chorobami zapalnymi a występowaniem zaburzeń o charakterze lękowym lub depresyjnym. Niewiele jest jednak wiarygodnych danych dotyczących rzeczywistej częstości występowania zaburzeń psychicznych wśród pacjentów cierpiących na choroby reumatyczne.

W życiu każdego człowieka poczucie bezpieczeństwa oparte jest na poczuciu przewidywalności oraz przynależności. Każda ze zmian, a już w szczególności zmiana niespodziewana, sprawia, iż chory obciążony jest lękotwórczym ciężarem. W chorobach reumatycznych zmiana sytuacji życiowej bardzo często ma nagły charakter i stanowi trudne doświadczenie egzystencjalne oraz psychiczne. W związku z tym u pacjentów reumatologicznych konieczne jest przeprowadzanie odpowiednich testów psychologicznych, stawianie prawidłowej diagnozy oraz szybkie rozpoczynanie skutecznego leczenia. Trzeba jednocześnie pamiętać o tym, że leki stosowane w leczeniu chorób reumatycznych także mogą być przyczyną szerokiego spektrum zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń nastroju i lękowych.

## PIŚMIENNICTWO

1. Kwiatkowska B, Raciborski F, Maślińska M. Wczesna diagnostyka chorób reumatycznych – ocena obecnej sytuacji i rekomendacje zmian. Warszawa: Instytut Reumatologii im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher; 2014.
2. Oświadczenie Parlamentu Europejskiego w sprawie chorób reumatycznych, 2009/C 285 E/11.
3. Dickens C, Jackson J, Tomenson B, Creed F. Association of depression and rheumatoid arthritis. *Psychosomatics*. 2003; 44(3): 209–215. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.44.3.209>
4. Patten SB, Beck CA, Kassam A, Williams JV, Barbuti C, Metz LM. Long-term medical conditions and major depression: strength of association for specific conditions in the general population. *Can J Psychiatry*. 2005; 50(4): 195–202. <https://doi.org/10.1177/070674370505000402>
5. Boyden SD, Hossain IN, Wohlfahrt A, Lee YC. Non-inflammatory Causes of Pain in Patients with Rheumatoid Arthritis. *Current Rheumatology Reports*. 2016; 18(6): 30. <https://doi.org/10.1007/s1926-016-0581-0>
6. Matcham F, Norton S, Scott DL, Steer S, Hotopf M. Symptoms of depression and anxiety predict treatment response and long-term physical health outcomes in rheumatoid arthritis: secondary analysis of a randomized controlled trial. *Rheumatology*. 2015; 55(2): 268–278. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/kev306>

7. Sobierajski T. Codzienność z reumatoidalnym zapaleniem stawów. Warszawa: KnowPR; 2019.
8. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. Springer publishing company; 1984.
9. Miller AH. Elucidating the consequences of chronic stress on immune regulation and behavior in rheumatoid arthritis. *Brain Behav Immun*. 2008; 22(1): 22–3. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2007.08.003>
10. Jędryka-Góral A. Stres psychologiczny i jego predyktory u chorych na reumatoidalne zapalenie stawów. *Annales Academiae Medicae Stetinensis*; 2010.
11. Dobrucka-Janeczek I, Jędryka-Góral A. Problemy psychologiczne w chorobach reumatycznych. *Postępy Nauk Med*. 2012; 25(2): 152–155.
12. Buras A, Waszkiewicz N, Szulc A. Depresja i proces zapalny w chorobach reumatologicznych. *Postępy Hig Med Dosw*. 2016; 70: 162–168. <https://doi.org/10.5604/17322693.1196386>
13. Nerurkar L, Siebert S, McInnes IB, Cavanagh J. Rheumatoid arthritis and depression: an inflammatory perspective. *The Lancet Psychiatry*. 2019; 6(2): 164–173. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30255-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30255-4)
14. Buras A, Waszkiewicz N, Szulc A, Sierakowski S. Monocytic parameters in patients with rheumatologic diseases reflect intensity of depressive disorder. *Pol Merkur Lek*. 2012; 33(198): 325–9.
15. Straub RH, Cutolo M. Does stress influence the course of rheumatic diseases? *Clin Exp Rheumatol*. 2006; 24(3): 225–8.
16. Popielski K. Psychologiczne aspekty doświadczenia schorzeń reumatycznych. *Reumatologia*. 2005; 43(3): 160–165.
17. Geenen R, Newman S, Bossema ER, Vriezckolk JE, Boelen PA. Psychological interventions for patients with rheumatic diseases and anxiety or depression. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*. 2012; 26(3): 305–319. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2012.05.004>
18. Matcham F, Rayner L, Steer S, Hotopf M. The prevalence of depression in rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. *Rheumatology*. 2013; 52(12): 2136–2148. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/ket169>
19. Dregan A, Matcham F, Harber-Aschan L, Rayner L, Brailean A, Davis K, et al. Common mental disorders within chronic inflammatory disorders: a primary care database prospective investigation. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2019; 78(5): 688–695. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2018-214676>
20. Aleksandrowicz JW. Zaburzenia nerwicowe. Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1998.
21. Snaith ML, Filipowicz-Sosnowska A, Szafranec S, Konopińska E, Socik-Pojawa M. ABC reumatologii. Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2007.
22. Dobrucka I. Aktywność sportowa osób z niepełnosprawnością fizyczną a ich przystosowanie społeczne. Rozprawa doktorska. Warszawa: Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej; 2010.
23. Strelau J. Psychologia: podręcznik akademicki. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej. Vol. 3. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2003.
24. Wisłowska M, Kanecki K, Tyszko P, Kapała A. Jakość życia zależna od zdrowia u pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów. *Reumatologia*. 2010; 48(2): 104–111.
25. Kwiatkowska B, Przygodzka M, Konopińska E, Dąbrowska J, Sikorska-Siudek K. Depresja u chorych na reumatoidalne zapalenie stawów. *Reumatologia*. 2011; 49: 138–141.
26. Shelton RC, Miller AH. Eating ourselves to death (and despair): the contribution of adiposity and inflammation to depression. *Prog Neurobiol*. 2010; 91(4): 275–299. <https://doi.org/10.1016/j.pneurobio.2010.04.004>
27. Jasiewicz A, Samochowiec J. Zaburzenia psychiczne w chorobach tkanki łącznej. *Psychiatria*. 2011; 8(2): 39–45.
28. Pinho de Oliveira Ribeiro N, Rafael de Mello Schier A, Ornelas AC, Pinho de Oliveira CM, Nardi AE, Silva AC. Anxiety, depression and suicidal ideation in patients with rheumatoid arthritis in use of methotrexate, hydroxychloroquine, leflunomide and biological drugs. *Compr Psychiatry*. 2013; 54(8): 1185–1189. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.05.010>
29. Edwards RR, Cahalan C, Mensing G, Smith M, Haythornthwaite JA. Pain, catastrophizing, and depression in the rheumatic diseases. *Nature Reviews Rheumatology*. 2011; 7(4): 216–224. <https://doi.org/10.1038/nrrheum.2011.2>
30. Rathbun AM, Harrold LR, Reed GW. A Prospective Evaluation of the Effects of Prevalent Depressive Symptoms on Disease Activity in Rheumatoid Arthritis Patients Treated With Biologic Response Modifiers. *Clin Ther*. 2016; 38(7): 1759–1772.e3. <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2016.06.007>
31. Michelsen B, Kristianslund EK, Sexton J, Hammer HB, Fagerli KM, Lie E et al. Do depression and anxiety reduce the likelihood of remission in rheumatoid arthritis and psoriatic arthritis? Data from the prospective multicentre NOR-DMARD study. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2017; 76(11): 1906–1910. <http://dx.doi.org/10.1136/annrheumdis-2017-211284>