

Problemy zdrowia psychicznego chorych na reumatyzm

Mental health problems in rheumatic diseases

Izabela Krzemińska-Dąbrowska, Katarzyna Sudół, Bożena Moskalewicz

Zakład Epidemiologii Chorób Reumatycznych Instytutu Reumatologii im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher w Warszawie, kierownik Zakładu dr n. hum. Bożena Moskalewicz, dyrektor Instytutu prof. dr hab. med. Sławomir Maśliński

Słowa kluczowe: choroby reumatyczne, choroby psychiczne, problemy psychologiczne.

Key words: rheumatic diseases, psychiatric conditions, psychological problems.

Streszczenie

Choroby reumatyczne to choroby przewlekłe, indukujące problemy zdrowia psychicznego na każdym etapie. Wczesne rozpoznanie i skuteczna pomoc psychologiczno-psychiatryczna może przyczynić się do poprawy stanu zdrowia chorych i zmniejszenia społecznych kosztów chorób reumatycznych.

Choroby reumatyczne to choroby przewlekłe, w większości nieuleczalne i prowadzące do niepełnosprawności. Choroba przewlekła zawsze obejmuje całość ludzkiej egzystencji. Dotyczy to szczególnie tych chorób, którym towarzyszy ból i postępująca niesprawność, a takie właśnie są choroby reumatyczne – nie tylko niedomogą fizyczną, ale także psychicznym doznaniami i doświadczeniem egzystencjalnym [1].

O chorobach reumatycznych nie mówi się głośno w mediach, nie wie się o ludziach chorych na reumatoidalne zapalenie stawów tak wiele, jak np. o kobietach chorujących na raka piersi. Społeczna percepcja chorych na reumatyzm wydaje się znacznie różnić od tego, w jaki sposób ludzie postrzegają chorych na nowotwory złośliwe. Mimo że obie choroby są nieuleczalne, w odczuciu społecznym piętno choroby nowotworowej przesłania długoletnie cierpienia i postępujące inwalidztwo chorych na reumatoidalne zapalenie stawów.

„Medialne” jest stwierdzenie: „Wygrał walkę z rakiem”, a niezbyt nośne: „Po 20 latach chorowania na reumatoidalne zapalenie stawów i wielu zabiegach

Summary

Rheumatic diseases are chronic disorders that may induce mental health problems at every stage of disease. Early diagnosis and effective psychological and psychiatric support are likely to improve the health status of patients and reduce the social costs of rheumatic diseases.

operacyjnych prowadzi terapię zajęciową dla bezrobotnych chorych na choroby reumatyczne”.

Inspiracją do podjęcia tematu niniejszej pracy były rozmowy z pacjentami klinik Instytutu Reumatologii, przychodni reumatologicznych i fascynująca książka chorującej na toczeń Małgorzaty Baranowskiej *To jest wasze życie. Być sobą w chorobie przewlekłej*.

Człowiek, który zachoruje na ciężką chorobę układową, znajduje się nagle w zupełnie nowej sytuacji życiowej. Musi radzić sobie z problemami, których wcześniej nie doświadczył i których często do końca nie rozumie. W przypadku chorób reumatycznych tych problemów z czasem przybywa i zaczynają one dotyczyć nie tylko chorego, ale także jego rodzinę, najbliższe otoczenie i personel zespołu leczącego.

Wraz z postępem choroby stopień komplikacji sytuacji życiowej chorego pogłębia się, a narastająca niepełnosprawność i dotkliwie cierpienie sprawiają, że możliwości adaptacyjne u przeciętnego człowieka słabną. U chorych przewlekłe leczonych steroidami, poza skutkami samej choroby, należy liczyć się ponadto z wpływem

Adres do korespondencji:

dr med. Izabela Krzemińska-Dąbrowska, Zakład Epidemiologii Chorób Reumatycznych, Instytut Reumatologii im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher, ul. Spartańska 1, 02-637 Warszawa

Praca wpłynęła: 5.07.2007 r.

glikokortykosteroidów. Podczas ich stosowania najczęściej opisuje się zaburzenia afektywne – depresję (41%), manię (28%) oraz stan mieszany (6%) [2].

Każdy etap choroby wiąże się z określonym ryzykiem dotyczącym psychiki chorego. O zdolności radzenia sobie, najpierw z zaakceptowaniem rozpoznania choroby przewlekłej, a potem z narastającą liczbą problemów – zarówno zdrowotnych, jak i socjalnych – będzie decydowała struktura osobowości chorego oraz występowanie czynników ryzyka, takich jak np. przebyte w przeszłości epizody depresji [3, 4].

Zakłada się, że częstość występowania zaburzeń depresyjnych i lękowych wśród chorych reumatycznych jest istotnie wyższa niż w populacji ogólnej [5]. Dlatego w literaturze przedmiotu coraz częściej podkreśla się konieczność interdyscyplinarnego, holistycznego podejścia do chorego, obejmującego zarówno problemy zdrowia fizycznego, jak i psychicznego.

Frankl w pracy *Homo patiens* podkreśla, iż rolą psychoterapii jest nie tylko uczynienie człowieka zdolnym do pracy, a nadto do odczuwania przyjemności, równie ważne jest, by uczynić go zdolnym do znoszenia cierpienia [6]. To zdanie wydaje się szczególnie trafne w stosunku do chorych, których proces chorobowy skazuje na prawie nieustanne cierpienia, choćby z powodu bólu i narastającej niesprawności.

Patten i wsp. przeanalizowali grupę 115 071 dorosłych mieszkańców Kanady i udowodnili, że depresja częściej występuje u osób z przewlekłymi schorzeniami somatycznymi. Zwrócili także uwagę na fakt, że częstość zaburzeń psychicznych w przebiegu chorób reumatycznych jest podobna do częstości w przypadkach innych chorób przewlekłych [7].

Maiden i wsp. oceniają, że 1/3 pacjentów zgłaszających się do reumatologa cierpi na zaburzenia emocjonalne, takie jak depresja i zaburzenia lękowe [8].

Według Baira i wsp. w schorzeniach przebiegających z bólem co trzeci chory cierpi na depresję [9]. Peveler podaje, iż u chorych hospitalizowanych z różnych przyczyn 1/3 ma objawy depresji [10]. Timonen i wsp. przestrzegają przed ryzykiem prób samobójczych u pacjentów chorych na reumatoidalne zapalenie stawów, szczególnie u mężczyzn stosunkowo krótko chorujących [11]. Stang i wsp. [12] oraz Löwe i wsp. [13] zwrócili uwagę, że u chorych na reumatoidalne zapalenie stawów spośród schorzeń towarzyszących chorobie psychiczne stanowią 23%, co w znacznym stopniu przyczynia się do wzrostu niezdolności do pracy.

Biorąc pod uwagę, że choroba reumatyczna dotyka wielu sfer funkcjonowania chorego, wydaje się, że w odniesieniu zarówno do nowo zdiagnozowanych, jak i przewlekle chorujących pacjentów reumatologicznych kluczową kwestią jest określenie czynników ryzyka

choroby psychicznej oraz zapotrzebowania na pomoc psychiatryczną i psychologiczną [14]. Wskazanie grup wysokiego ryzyka pozwala na rozpoczęcie ukierunkowanej długoterminowej terapii u pacjentów z poszczególnymi problemami w sferze psychiki.

Lin i wsp. wykazali, że skuteczne leczenie depresji wpływa korzystnie na sprawność fizyczną osób z chorobą zwyrodnieniową [15]. Według Sharpe'a i wsp. dodanie terapii behawioralno-kognitywnej do standardowej farmakoterapii dawało poprawę zarówno w zakresie objawów depresji, jak i ogólnego stanu zdrowia oraz jakości życia, a efekt ten był silniej zaznaczony po 6 mies. leczenia [16].

Tanne i wsp. wykazali, że u osób starszych leczenie wielodyscyplinarne, w którym główną rolę odgrywał przeszkolony psychoterapeuta lub psycholog pracujący pod nadzorem psychiatry, przyniosło większą poprawę ogólnej sprawności i jakości życia niż standardowe leczenie farmakologiczne [17].

Właściwe rozpoznawanie zaburzeń psychicznych stanowi bardzo istotne zagadnienie. Na ogół depresję utożsamia się z zaniedbanym wyglądem, smutnym wyrazem twarzy, urojeniami. Nie zawsze tak jest. Chorzy na depresję często nie wiedzą, że na nią cierpią i nie wie tego ich otoczenie. Choremu trudno zrozumieć, że w depresji nie musi dochodzić do obniżenia nastroju, niekoniecznie występuje związek z traumatyzującymi przeżyciami, natomiast lekarz powinien mieć świadomość tego i dysponować narzędziami diagnostycznymi, które pomogą mu w rozpoznawaniu tego rodzaju przypadków. Sugeruje się, że techniki/testy przesiewowe zaburzeń depresyjnych i lękowych powinny być tak rozpowszechnione w praktyce lekarskiej, jak np. kontrola ciśnienia tętniczego krwi [8, 18–20].

Z wielu prac wynika, że chorzy z przewlekłą chorobą somatyczną, wymagający leczenia współistniejących zaburzeń depresyjnych i lękowych, nie są właściwie leczeni, nawet wtedy, gdy zaburzenia te zostały zdiagnozowane [8, 20].

Wydaje się, że mimo rozwoju wiedzy na temat współistnienia zaburzeń psychicznych z przewlekłymi chorobami reumatycznymi, co znajduje odzwierciedlenie chociażby w standardach postępowania, np. w chorobie zwyrodnieniowej, w praktyce zagadnienia te są traktowane marginesowo zarówno przez lekarzy, jak i przez samych chorych. Istnieją rozbieżności między oceną stanu psychicznego chorych reumatycznych przez lekarza ogólnego i deklaracją chorego a oceną psychologiczno-psychiatryczną [8].

Doświadczenie niemieckie wprowadzenia psychosomatycznej służby łącznikowej w neurologii wskazuje, iż uwrażliwienie personelu na zagrożenia zdrowia psychicznego u przewlekle chorych powoduje skuteczniejsze działania terapeutyczne [21].

Przesiew w kierunku zaburzeń psychicznych u chorych z dolegliwościami ze strony narządu ruchu powinien być 2-etapowy – pierwszy na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej, drugi – leczenia przez specjalistę reumatologa, oczywiście z uwzględnieniem czynników ryzyka. W tym celu konieczne są odpowiednio dobrane narzędzia.

Bardzo przydatne i stosunkowo proste w użyciu wydają się *Kwestionariusze Ogólnego Stanu Zdrowia GHQ 12 i GHQ 28* Davida Goldberga [22]. Zostały one tak skonstruowane, aby mogły pełnić funkcję testu przesiewowego. Kwestionariusz może wypełnić samodzielnie badany, nie wymaga dokonania oceny stanu zdrowia pacjenta przez lekarza, a pozwala odróżnić pacjenta psychiatrycznego od niezaburzonego, który nie jest zdolny do „zdrowego funkcjonowania” lub znalazł się w stanie tzw. dystresu psychicznego. Taka wstępna ocena stanu psychicznego na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej pozwoli objąć specjalistyczną opieką psychiatryczną tych pacjentów, którzy tego wymagają.

W jednej z publikacji O'Malley ocenia, że ok. 40% pacjentów kierowanych na konsultacje do specjalistycznych ośrodków reumatologicznych z powodu niewyjaśnionych dolegliwości kostno-stawowych cierpi z powodu zaburzeń psychicznych i postuluje konieczność wstępnych badań przesiewowych w tym kierunku, argumentując to koniecznością redukcji kosztów zbędnych konsultacji specjalistycznych [14].

Zagrożenie zdrowia psychicznego w przebiegu chorób reumatycznych nie jest dostatecznie akcentowane przez autorów standardów medycznych i nauczycieli akademickich, a praktycznie jest pomijane w leczeniu tych przewlekłych schorzeń. Wzrost świadomości znacznego rozpowszechnienia zaburzeń lękowych i depresyjnych, większe umiejętności diagnozowania zaburzeń psychicznych i możliwość stosowania prostych metod diagnostycznych w postaci kwestionariuszy mogą przyczynić się do skuteczniejszego leczenia i poprawy jakości życia chorych z przewlekłymi chorobami reumatycznymi, a także przynieść wymierne korzyści w analizie kosztów i efektywności w zakresie specjalistycznej opieki lekarskiej [23].

Badania przeprowadzone w Instytucie Reumatologii ujawniły interesujące współzależności dotyczące jakości życia badanych pacjentów od ich stanu psychicznego i emocjonalnego.

Z punktu widzenia systemowego wprowadzenie testów przesiewowych w kierunku zaburzeń psychicznych i zapotrzebowania na interwencję psychologiczną i psychiatryczną pozwoliłoby racjonalnie planować działanie interdyscyplinarnego zespołu leczącego pacjentów chorujących na schorzenia reumatyczne na poziomie podstawowej i specjalistycznej opieki medycznej [14, 24].

Piśmiennictwo

1. Popielski K. Psychologiczne aspekty doświadczania schorzeń reumatycznych. *Reumatologia* 2005; 43: 160-165.
2. Suwalska A, Łojko A, Rybakowski J. Zaburzenia psychiczne podczas leczenia glikokortykosteroidami. *Psychiat Pol* 2002; 36: 271-280.
3. Fifield J, Tennen H, Reisine S, McQuillan J. Depression and the long-term risk of pain, fatigue, and disability in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2004; 41: 1851-1857.
4. Jackson JL, Houston JS, Hanling SR, et al. Clinical predictors of mental disorders among medical outpatients. *Arch Intern Med* 2001; 161: 875-879.
5. Dickens C, Jackson J, Tomenson B, et al. Association of depression and rheumatoid arthritis. *Psychosomatics* 2003; 44: 209-215.
6. Frankl V. *Homo patiens*. Pax, Warszawa 1984; 15-16.
7. Patten SB, Beck CA, Kassam A, et al. Long-term medical conditions and major depression: strength of association for specific conditions in the general population. *Can J Psychiatry* 2005; 50: 195-202.
8. Maiden NL, Hurst NP, Lochhead A, et al. Quantifying the burden of emotional ill-health amongst patients referred to a specialist rheumatology service. *Rheumatology* 2003; 42: 750-757.
9. Bair MJ, Robinson RL, Katon W, Kroenke K. Depression and pain comorbidity: a literature review. *Arch Intern Med* 2003; 163: 2433-2445.
10. Peveler R, Carson A, Rodin G. Depression in medical patients. *BMJ* 2002; 325: 149-152.
11. Timonen M, Viilo K, Hakko H, et al. Suicides in persons suffering from rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)* 2003; 42: 287-291.
12. Stang PE, Brandenburg NA, Lane MC, et al. Mental and physical comorbid conditions and days in role among persons with arthritis. *Psychosom Med* 2006; 68: 152-158.
13. Löwe B, Willand L, Eich W, et al. Psychiatric comorbidity and work disability in patients with inflammatory rheumatic diseases. *Psychosom Med* 2003; 66: 395-402.
14. O'Malley P, Jackson JL, Kroenke K, et al. The value of screening for psychiatric disorders in rheumatology referrals. *Arch Intern Med* 1998; 158: 2357-2362.
15. Lin EH, Katon W, Von Korff M, et al. Effect of improving depression care in pain and functional outcomes among older adults with arthritis: a randomized controlled trial. *JAMA* 2003; 290: 2428-2429.
16. Sharpe L, Sensky T, Timberlake N, et al. A blind, randomized, controlled trial of cognitive-behavioral intervention for patients with recent onset rheumatoid arthritis: preventing psychological and physical morbidity. *Pain* 2001; 89: 275-283.
17. Tanne JH. Depression affects elderly people's lives more than physical illness. *BMJ* 2004; 329: 1307.
18. Araszkiwicz A, Piekarska A, Drózd W. Zaburzenia depresyjne i lękowe u pacjentów podstawowej opieki medycznej. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej* 2001; 1: 1-10.
19. DeVellis BM. Depression in rheumatological diseases. *Baillieres Clin Rheumatol* 1993; 7: 241-257.
20. Siwiak-Kobayashi M. Zaburzenia emocjonalne-zasady terapii dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. *Przew Lek* 2000; 6: 78-87.

21. Fritzsche K, Ratz U, Federschmidt H, Zeeck A. Psychosomatyczna służba łącznikowa w neurologii. Związki między zapotrzebowaniem na leczenie a realizacją interwencji psychoterapeutycznych. *Neurologia Praktyczna* 2005; 5: 45-52.
22. Goldberg D, Williams P. Ocena zdrowia psychicznego na podstawie badań kwestionariuszami Davida Goldberga. Podręcznik dla użytkowników kwestionariuszy GHQ-12 i GHQ-28. Instytut Medycyny Pracy, Łódź 2001.
23. Kwiatkowska B. Depresja w chorobach reumatycznych. *Terapia* 2003; 10: 52-54.
24. Härter M, Reuter K, Weisser B, et al. A descriptive study of psychiatric disorders and psychosocial burden in rehabilitation patients with musculoskeletal diseases. *Arch Physic Med Rehabil* 2002; 83: 461-468.