



Małgorzata Jarczyk<sup>1</sup>, Aleksandra Petryka-Fijałkiewicz<sup>2</sup>, Bogdan Batko<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Kraków

<sup>2</sup>Instytut Psychologii, Uniwersytet Jagielloński, Kraków

<sup>3</sup>Katedra i Klinika Reumatologii, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Kraków

# Objawy depresji i lęku w RZS — wpływ wybranych czynników klinicznych i psychospołecznych

## Depression and anxiety symptoms in RA — the influence of selected clinical and psychosocial factors

### STRESZCZENIE

**Wstęp:** Celem niniejszej pracy było przedstawienie związków pomiędzy często występującymi w reumatoidalnym zapaleniu stawów (RZS) lękiem i depresją a aktywnością choroby i wybranymi czynnikami niemiedycznymi. Do czynników niemiedycznych wybrano między innymi zmienne demograficzne i psychologiczne, takie jak: płeć, wiek, miejsce zamieszkania, poziom wykształcenia, aktywność zawodowa, potrzeba korzystania z pomocy psychologicznej czy wiedza o RZS.

**Materiał i metody:** Badanie przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego i wzięło w nim udział 110 pacjentów z RZS. Nasilenia lęku oceniono za pomocą kwestionariusza GAD-7, natomiast nasilenie depresji za pomocą skali PHQ-9. Do oceny aktywności objawów choroby oraz pozostałych zmiennych psychologicznych i demograficznych za-

stosowano autorski kwestionariusz wywiadu ustrukturyzowanego.

**Wyniki i wnioski:** Uzyskane wyniki potwierdzają, że występowanie depresji i lęku w grupie pacjentów z RZS to częsty problem, który występuje niezależnie od wieku, miejsca zamieszkania czy poziomu wykształcenia, a ich nasilenie koreluje z aktywnością objawów choroby. Jednak wykazano związek między płcią żeńską a wyższym nasileniem lęku i depresji. Okazało się również, że aktywność zawodowa nie jest związana z poziomem lęku, jednak istotnie wiąże się z nasileniem depresji. Dodatkowo, wykazano istotny związek między wyczerpującym stylem przekazu informacji o RZS przez personel medyczny a niższym poziomem lęku i depresji.

Rheumatol. Forum 2021, vol. 7, No. 3: 108–116

**Słowa kluczowe:** depresja; lęk; reumatoidalne zapalenie stawów

### WSTĘP

Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) to przewlekła, postępująca choroba zapalna stawów, która poza aspektem medycznym, znacząco wpływa na funkcjonowanie psychologiczne i społeczne dotkniętych nią osób, a także ich otoczenia [1, 2] resulting in severe family and social burden. The aim of treat-

ment is to improve the health-related quality of life (QoL). Wysokie ryzyko niepełnosprawności fizycznej i inwalidztwa, a także nawracający ból i uporczywe zmęczenie towarzyszące chorobie, są silnymi stresorami, które sprzyjają rozwojowi zaburzeń psychicznych [3]. Poza dolegliwościami spowodowanym objawami samej choroby, pacjenci z RZS doświadczają także negatywnego wpływu choroby na inne obszary

#### Adres do korespondencji:

dr hab. n. med. Bogdan Batko,  
prof. KA AFM  
Katedra i Klinika Reumatologii,  
Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu,  
Krakowska Akademia  
im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego  
e-mail: bpbatko@gmail.com

funkcjonowania, jak stosunki społeczne, życie rodzinne i zawodowe, co dodatkowo pogarsza ich dobrostan psychiczny [4]mainly chronic. The aim of the study was to analyze the social consequences of rheumatic diseases in the aspect of disability pensions with respect to incapacity for work and quality of life. The occurrence of rheumatic diseases is related not only to increased risk of different types of organic changes, but above all disability. In Europe almost 50% of persons suffering from diseases of the musculoskeletal system who are currently unemployed were breadwinners. Nearly 60% of them received legal disability status. The loss of work ability is, among other things, the consequence of progressive disability. In Europe 40% of persons suffering from rheumatoid arthritis (RA. Z powodu RZS wykonywanie niektórych czynności zawodowych bywa mocno utrudnione lub wręcz niemożliwe, co często wymusza zmianę zawodu, a nawet przejście na przedwczesną emeryturę [5]. To z kolei wpływa również na pogorszenie sytuacji ekonomicznej chorych na RZS [6] physical function, mental function, mortality, and experience of pain and symptom severity. The objective of this study was to assess healthcare utilization, expenditures, and work productivity among patients with RA with or without depression.\nMATERIALS AND METHODS: Data from adult patients who had at least two visits each related to RA and depression over a 1-year period were extracted from the Truven Health MarketScan research databases. Outcomes comprised healthcare resource utilization, work productivity loss, and direct healthcare costs comparing patients with RA with depression (n = 3,478. W RZS ponadto często dochodzi do zmiany w postrzeganiu siebie i obniżenia samooceny, na co wpływ ma zmiana obrazu ciała [7]body image (BI, poczucie nieadekwatności i niedostosowania społecznego, a także obawa przed byciem ciężarem dla rodziny. Bywa niestety, że czynniki te wiążą się z utratą dotychczasowego statusu społecznego, a nawet ze stygmatyzacją [8]absence of clearly defined symptoms and pathophysiology deviates from the widely endorsed biomedical model and as such, may lead to stigmatization, which in turn could be related to ICPs' well-being.\nOBJECTIVES: The present study compared physical, psychological, social well-being, and perceived stigmatization in individuals with clearly defined symptoms and underlying pathophysiology (rheumatoid arthritis, RA, co sprzyja rozwojowi zaburzeń psychicznych.

Do zaburzeń psychicznych, na które pacjenci z RZS są najbardziej narażeni, należą zaburzenia lękowe i nastroju [9, 10]. Depresja i objawy lękowe występują u pacjentów z RZS znacznie częściej niż w populacji ogólnej [11, 12]. Współwystępowanie lęku i depresji to poważny problem, który w wielu przypadkach przyczynia się nie tylko do obniżenia jakości życia pacjentów [13], ale często również negatywnie wpływa na przebieg samej choroby [14]. Okazuje się na przykład, że pacjenci z RZS ze współwystępującą depresją odczuwają wyższe nasilenie bólu niezależnie od aktywności choroby [15]. Ponadto pojawiają się przesłanki, że depresja wpływa niekorzystnie na odpowiedź na terapię, a także przyczynia się do zmniejszenia odsetka remisji i zwiększenia śmiertelność u chorych na RZS [16].

Na nasilenie się depresji i objawów lękowych duży wpływ ma poziom aktywności choroby [17]. Jednak oprócz tego, wpływ mogą mieć również inne czynniki, zwłaszcza psychologiczne i społeczne, które mogą zarówno pogłębiać negatywne objawy, jak i działać prewencyjnie [18]. Ustalenie czynników, które mogą odgrywać ważną rolę w występowaniu objawów depresji i lęku w grupie pacjentów z RZS nabiera coraz większego znaczenia, ze względu na wynikające z tego implikacje zarówno medyczne, jak i dla jakości życia pacjentów z RZS. Dlatego też celem niniejszej pracy jest przedstawienie wpływu aktywności objawów choroby, a także wybranych czynników psychologicznych i demograficznych na objawy lęku i depresji w RZS.

## MATERIAŁ I METODY

### NARZĘDZIA BADAWCZE

Badanie przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego opartego na autorskim kwestionariuszu wywiadu ustrukturyzowanego, który składał się z dwóch części. Pierwsza część dotyczyła choroby, w której badani określali jak długo chorują na RZS (w latach) oraz oceniali aktualny poziom nasilenia aktywności choroby na wizualnej skali analogowej od 1 do 10. Druga część zawierała pytania o dane demograficzne (płeć, wiek, miejsce zamieszkania, poziom wykształcenia, aktywność zawodowa), a także pytania zamknięte dotyczące aspektów psychologicznych.

Dodatkowo, w celu oceny poziomu lęku i depresji, zastosowano wystandaryzowane narzędzia psychometryczne:

1. Kwestionariusz lęku uogólnionego GAD-7 (*Generalized Anxiety Disorder Qu-*

estionnaire) — samoopisowa skala służąca do oceny poziomu lęku [19]there is no brief clinical measure for assessing GAD. The objective of this study was to develop a brief self-report scale to identify probable cases of GAD and evaluate its reliability and validity.

**METHODS:** A criterion-standard study was performed in 15 primary care clinics in the United States from November 2004 through June 2005. Of a total of 2740 adult patients completing a study questionnaire, 965 patients had a telephone interview with a mental health professional within 1 week. For criterion and construct validity, GAD self-report scale diagnoses were compared with independent diagnoses made by mental health professionals; functional status measures; disability days; and health care use.

**RESULTS:** A 7-item anxiety scale (GAD-7. Składa się z siedmiu pytań, które dotyczą poczucia lęku, napięcia, zdenerwowania, możliwości kontrolowania tych uczuć, łatwości ich pojawiania się oraz problemów z odprężaniem się. Skala GAD-7 umożliwia ocenę poziomu lęku i ryzyka występowania zaburzenia lękowego uogólnionego (GAD):

- na podstawie odpowiedzi na poszczególne pytania kwestionariusza GAD-7 oszacowano poziom lęku. Za każdą odpowiedź na dane pytanie respondent otrzymywał od 0 do 3 punktów. W ten sposób ankietowani mogli zdobyć od 0 do 21 punktów. Im większa liczba punktów, tym wyższy poziom stanu lękowego.
2. Kwestionariusz zdrowia pacjenta PHQ-9 (*Patient Health Questionnaire 9*) — 9-itemowa skala, która służy do wstępnego rozpoznawania depresji [20]. Składa

się z dziewięciu pytań, które odpowiadają kryterium diagnostycznym depresji według DSM-IV. Kwestionariusz umożliwia zarówno diagnozę depresji, jak i ocenę nasilenia jej poszczególnych objawów:

- na podstawie odpowiedzi na poszczególne pytania kwestionariusza PHQ-9 oszacowano poziom depresji. Za każdą odpowiedź na dane pytanie respondent otrzymywał od 0 do 3 punktów. W ten sposób ankietowani mogli zdobyć od 0 do 27 punktów. Im większa liczba punktów, tym wyższy poziom depresji.

### OSOBY BADANE

W badaniu wzięło udział 110 pacjentów z RZS, w wieku 19–80 lat (M = 52,25, SD = 13,78). Charakterystykę społeczno-demograficzną populacji objętej badaniem przedstawiono w tabeli 1.

Pacjenci chorujący od dłuższego czasu (> 10 lat) stanowili największą część badanej grupy (47%). Czas trwania choroby 0–2 lat zgłosiło 9% pacjentów, 2–5 lat — 27%, a 5–10 lat — 17%. Badanych poproszono o ocenę nasilenia aktywności choroby w skali od 1 do 10 (gdzie 1 oznacza niską aktywność, a 10 bardzo wysoką aktywność choroby). Ogółem, co najmniej umiarkowany stopień nasilenia aktywności choroby zgłosiło 68% (w tym wysoki 40%) pacjentów.

### WYNIKI

#### OCENA CZYNNIKÓW PSYCHOLOGICZNYCH

W badanej grupie respondentów znaczna większość (88%) odczuwała w trakcie nasilenia choroby smutek, lęk, niepokój, zaburzenia snu, brak energii, drażliwość, poczucie beznadziejności, poczucie winy. Ponadto znaczna więk-

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy chorych

<b>Płeć</b>			
Kobieta 65%		Mężczyzna 35%	
<b>Miejsce zamieszkania</b>			
Duże miasto 36%	Małe miasto 19%		Wieś 45%
<b>Poziom wykształcenia</b>			
Wyższe 24%	Średnie 48%		Zawodowe 28%
<b>Status zawodowy</b>			
Zatrudniony/a 42%	Bezrobotny/a 28%	Zasilek rehabilitacyjny 8%	Emerytura/renta 22%

szość (78%) nigdy w życiu nie korzystała z porad psychologa, a aż 69% twierdzi, że pomoc psychologa podczas choroby przewlekłej jest potrzebna. Badani respondenci w większości (74%) nie odbywali z nikim z zespołu terapeutycznego rozmów o emocjach i uczuciach towarzyszących przewlekłej chorobie. Również znaczna większość (85%) nigdy nie wypełniała testu psychologicznego z lekarzem/terapeutą, ani też nigdy nie wypełniała wyżej wymienionego testu samodzielnie (76%). Częściowo wynika to stąd, że respondenci nie wiedzą, gdzie można znaleźć wyżej wymienione testy (18%). Respondenci wykazali, że w większości (75%) placówek medycznych, w których się leczą, przekazano im wyczerpujące informacje na temat RZS. Prawie wszyscy respondenci (97%) uważają, że taki przekaz wiedzy jest potrzebny. Szczegółowe wyniki przedstawiono w tabeli 2.

**Tabela 2.** Szczegółowe wyniki dotyczące strefy psychologicznej w badanej grupie chorych

Odczuwanie negatywnych emocji związanych z chorobą		
Tak 88%	Nie 12%	
Korzystanie z porad psychologa (obecnie lub w przeszłości)		
Tak 22%	Nie 78%	
Twierdzenie, że pomoc psychologa/terapeuty w chorobie przewlekłej jest potrzebna		
Tak 69%	Nie 31%	
Rozmowa z lekarzem lub pielęgniarką o emocjach, jakie towarzyszą chorobie (kiedykolwiek)		
Tak 26%	Nie 74%	
Wykonywanie testu psychologicznego (czy kiedykolwiek, np. lekarz o to poprosił)		
Tak 15%	Nie 85%	
Samodzielne wykonywanie testu psychologicznego w kierunku lęku/depresji		
Tak 5%	Nie 76%	Nie wiem, gdzie szukać 18%
Personel medyczny przekazał wyczerpujące informacje na temat RZS		
Tak 75%	Nie 25%	
Twierdzenie, że wyczerpujący przekaz wiedzy na temat choroby jest potrzebny		
Tak 97%	Nie 3%	

Informacje na temat choroby respondenci najczęściej pozyskują od personelu medycznego (42,73%) lub z internetu (36,36%).

### OCENA LĘKU

Średni poziom stanu lękowego wynosił 7,45 punktów, a odchylenie standardowe 5,39 punktów. Co więcej, połowa ankietowanych uzyskała w tej skali nie mniej niż 7 punktów. Brak lęku występował u 35% pacjentów, łagodny lęk u 31%, umiarkowany lęk u 19%, a ciężki lęk u 15%.

### OCENA ZWIĄZKU AKTYWNOŚCI OBJAWÓW CHOROBY Z POZIOMEM LĘKU

Chcąc sprawdzić zależność między aktywnością objawów RZS a wynikiem uzyskanym w skali GAD-7, przeprowadzono analizę korelacji tych zmiennych. Ze względu na to, że rozkład wyników w skali GAD-7 różnił się istotnie od rozkładu normalnego (test Kołmogorova-Smiernova), do analizy korelacji wybrano współczynnik rho Spearmana. Uzyskany wynik wskazuje na dodatnią, słabą korelację między aktywnością objawów RZS a wynikiem uzyskanym w skali GAD-7 ( $\rho = 0,35, p < 0,01$ ).

### OCENA ZWIĄZKU WIEKU Z POZIOMEM LĘKU

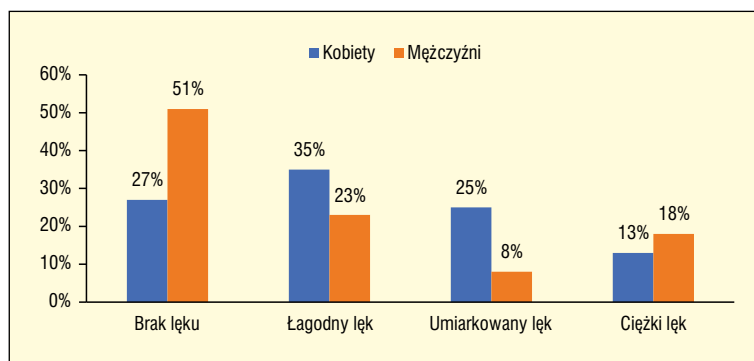
Przeprowadzone testy statystyczne (test Kołmogorova-Smiernova) potwierdziły, że rozkłady wieku o różnych poziomach lęku nie różniły się istotnie od rozkładu normalnego. W związku z tym zastosowano jednoczynnikową analizę wariancji ANOVA dla prób niezależnych. Uzyskane wyniki wykazały, że nie istniała istotna statystycznie zależność pomiędzy wiekiem a poziomem lęku ( $F = 0,412, p = 0,745$ ).

### OCENA ZWIĄZKU PŁCI, MIEJSCA ZAMIESZKANIA, WYKSZTAŁCENIA ORAZ AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ Z POZIOMEM LĘKU

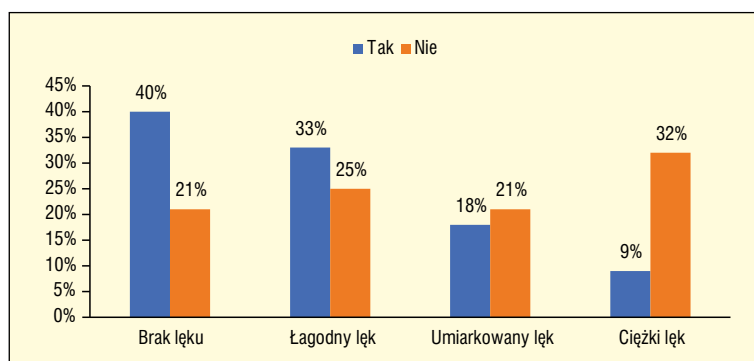
Dla wyznaczenia zależności pomiędzy tymi zmiennymi obliczono wartość statystyki testowej  $\chi^2$  oraz wyznaczono jej poziom istotności (wartość  $p < 0,05$ ).

Przeprowadzone analizy wykazały, że istniała istotna statystycznie zależność pomiędzy płcią a poziomem lęku ( $\chi^2 = 10,06, p = 0,018$ ). Kobiety wykazywały wyższy poziom lęku niż mężczyźni. Wyniki przedstawiono na rycinie 1.

Dalsze analizy wykazały, że nie istniała istotna statystycznie zależność pomiędzy miejscem zamieszkania a poziomem lęku ( $\chi^2 = 10,43, p = 0,108$ ). Nie wykazano także zależności pomiędzy poziomem wykształcenia a natężeniem lęku ( $\chi^2 = 8,52, p = 0,202$ ). Również związek aktywności zawodowej



Rycina 1. Pleć a poziom lęku w badanej grupie pacjentów z RZS



Rycina 2. Zależność pomiędzy wyczerpującym przekazem informacji o RZS przez personel medyczny a poziomem lęku

z poziomem lęku okazał się być nieistotny statystycznie ( $\chi^2 = 11,14$ ,  $p = 0,248$ ).

### OCENA ZWIĄZKU MIĘDZY WYCZERPUJĄCYM PRZEKAZEM INFORMACJI O RZS PRZEZ PERSONEL MEDYCZNY A POZIOMEM LĘKU

Dodatkowo przeprowadzone analizy wykazały, że istniała istotna statystycznie zależność pomiędzy sposobem, w jaki personel medyczny przekazał informacje pacjentom na temat choroby (wyczerpujący lub nie), a poziomem lęku ( $\chi^2 = 10,61$ ,  $p = 0,014$ ). Wyniki przedstawiono na rycinie 2.

### OCENA DEPRESJI

Średni poziom depresji wynosił 8,73 punktów, odchylenie standardowe 5,9 punktów, a mediana 8 punktów. Brak depresji występował u 28% badanych, łagodna depresja u 31%, umiarkowana depresja u 26%, umiarkowanie ciężka u 10%, a ciężka depresja u 5%.

### OCENA ZWIĄZKU AKTYWNOŚCI OBJAWÓW CHOROBY Z POZIOMEM DEPRESJI

Chcąc sprawdzić zależność między aktywnością objawów RZS a wynikiem uzyskanym w skali PHQ-9, przeprowadzono analizę korelacji tych zmiennych. Ze względu na to, że roz-

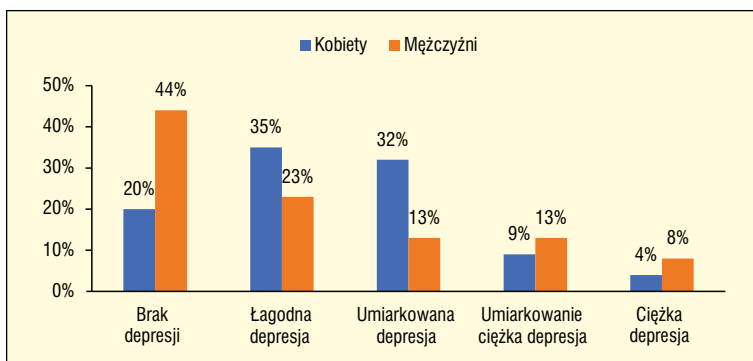
kład wyników w skali PHQ-9 różnił się istotnie od rozkładu normalnego (test Kołmogorova-Smiernova), do analizy korelacji wybrano współczynnik rho Spearmana. Uzyskany wynik wskazuje na dodatnią, słabą korelację między aktywnością objawów RZS a wynikiem uzyskanym w skali PHQ-9 ( $\rho = 0,39$ ,  $p < 0,01$ ).

### OCENA ZWIĄZKU WIEKU Z POZIOMEM DEPRESJI

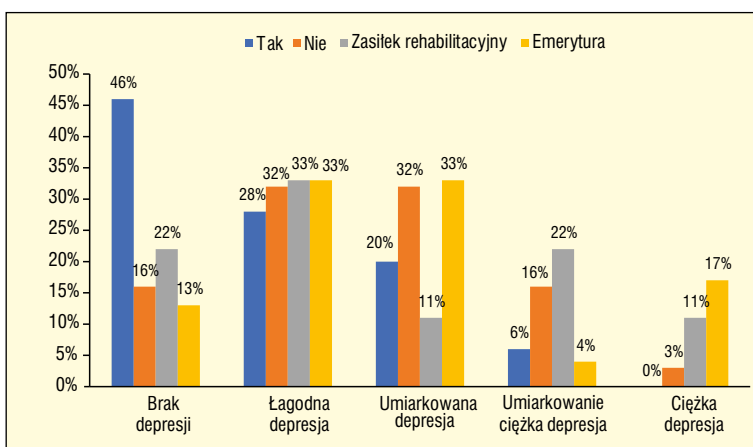
Przeprowadzone testy statystyczne (test Kołmogorova-Smiernova) potwierdziły, że rozkłady wieku o różnych poziomach depresji nie różniły się istotnie od rozkładu normalnego. W związku z tym zastosowano jednoczynnikową analizę wariancji ANOVA dla prób niezależnych. Uzyskane wyniki wykazały, że nie istniała istotna statystycznie zależność pomiędzy wiekiem a poziomem lęku ( $F = 1,843$ ,  $p = 0,126$ ).

### OCENA ZWIĄZKU PŁCI, MIEJSCA ZAMIESZKANIA, WYKSZTAŁCENIA ORAZ AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ Z POZIOMEM DEPRESJI

Dla wyznaczenia zależności pomiędzy tymi zmiennymi obliczono wartość statystyki testowej  $\chi^2$  oraz wyznaczono jej poziom istotności (wartość  $p < 0,05$ ).



Rycina 3. Płeć a poziom depresji w badanej grupie pacjentów z RZS



Rycina 4. Zależność pomiędzy aktywnością zawodową a poziomem depresji

Przeprowadzone analizy wykazały, że istniała istotna statystycznie zależność pomiędzy płcią a poziomem depresji ( $\chi^2 = 11,11$ ,  $p = 0,025$ ). Kobiety wykazywały wyższy poziom depresji niż mężczyźni. Wyniki przedstawiono na rycinie 3.

Dalsze analizy wykazały, że nie istniała istotna statystycznie zależność pomiędzy miejscem zamieszkania a poziomem depresji ( $\chi^2 = 12,35$ ,  $p = 0,136$ ). Nie wykazano także zależności pomiędzy poziomem wykształcenia a nasileniem depresji ( $\chi^2 = 2,73$ ,  $p = 0,95$ ).

Wykazano natomiast, że istniała istotna statystycznie zależność pomiędzy aktywnością zawodową a poziomem depresji ( $\chi^2 = 24,21$ ,  $p = 0,019$ ). Osoby aktywne zawodowo wykazywały niższy poziom depresji od reszty respondentów. Szczegółowe wyniki przedstawiono na rycinie 4.

### OCENA ZWIĄZKU MIĘDZY WYCZERPUJĄCYM PRZEKAZEM INFORMACJI O RZS PRZEZ PERSONEL MEDYCZNY A POZIOMEM DEPRESJI

Dodatkowo przeprowadzone analizy wykazały, że istnieje istotna statystycznie za-

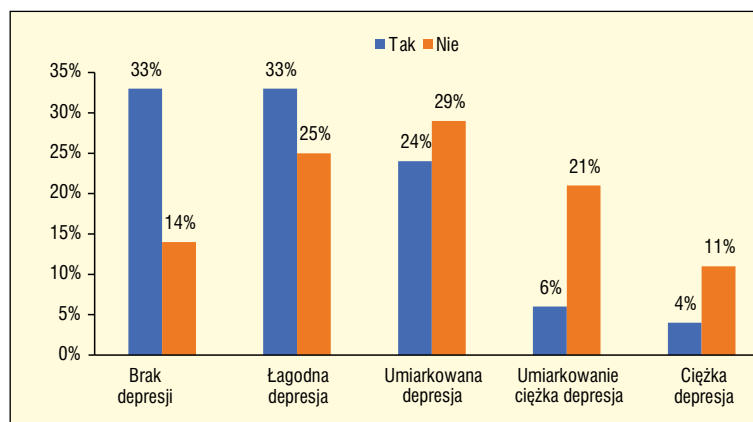
leżność pomiędzy sposobem, w jaki personel medyczny przekazał informacje pacjentom na temat choroby (wyczerpujący lub nie), a nasileniem depresji ( $\chi^2 = 9,95$ ,  $p = 0,041$ ). Wyniki przedstawiono na rycinie 5.

### POZIOM LĘKU A POZIOM DEPRESJI U CHORYCH NA RZS

Przeprowadzono analizę korelacji pomiędzy wynikiem uzyskanym w skali GAD-7 i wynikiem uzyskanym w skali PHQ-9. Ze względu na to, że rozkłady wyników w obydwu testach różniły się istotnie od rozkładu normalnego (test Kołmogorowa-Smiernowa), do analizy korelacji wybrano współczynnik rho Spearmana. Uzyskany wynik wskazuje na dodatnią, dość silną korelację między poziomem lęku i depresji ( $\rho = 0,78$ ,  $p < 0,01$ ).

### DYSKUSJA

W przeprowadzonym badaniu wykazano, że występowanie depresji i lęku w grupie pacjentów z RZS to częsty problem, a ich nasilenie koreluje dodatnio z aktywnością obja-



**Rycina 5.** Zależność pomiędzy wyczerpującym przekazem informacji o RZS przez personel medyczny a poziomem depresji

wów choroby. Stany lękowe od łagodnych do ciężkich wykazano u ponad połowy badanych osób (65%), a depresję od łagodnej do ciężkiej wykazało jeszcze więcej pacjentów (72%). Natomiast odczuwanie negatywnych emocji związanych z chorobą zgłasza zdecydowana większość pacjentów (aż 88%). Negatywne emocje i niekorzystne rokowania na przyszłość związane z chorobą mogą być bezpośrednią przyczyną odczuwanego lęku [21]. Ponieważ długotrwałe nasilenie lęku często prowadzi do obniżenia nastroju i w konsekwencji do depresji [22], otrzymany wynik pozytywnej korelacji między tymi zmiennymi nie jest zaskakujący i potwierdza dotychczas istniejące dane. Wiadomo również, że w populacji ogólnej poziom lęku i depresji zmienia się wraz z wiekiem [23]. Jednak uzyskany w prezentowanym badaniu wynik wskazujący na brak związku pomiędzy wiekiem respondentów a poziomem depresji i/lub lęku, a także brak związku z innymi czynnikami demograficznymi, takimi jak miejsce zamieszkania czy poziom wykształcenia, jeszcze mocniej może wskazywać na negatywny wpływ samego występowania RZS na stan psychiczny pacjentów. To odnajduje również swoje odzwierciedlenie w uzyskanym wyniku, że niemal 70% respondentów zgłasza potrzebę korzystania z pomocy psychologa/terapeuty, mimo że do tej pory z tego typu pomocy wcześniej nie korzystali (78%). Uzyskane wyniki sugerują, że problem depresji i lęku u chorych na RZS jest marginalizowany w praktyce lekarskiej, gdyż jedynie 15% respondentów wypełniało przynajmniej raz w trakcie trwania swojej choroby jakikolwiek test psychologiczny zlecony przez lekarza. Potwierdzają to dane z badań przeprowadzonych w populacji polskiej [24]. Kolejnym ważnym wynikiem tego badania jest wykazana zależność pomiędzy sposobem,

w jaki personel medyczny przekazał informacje pacjentom na temat choroby (wyczerpujący lub nie), a poziomem lęku i depresji. Problem ten jest istotny, ponieważ, jak pokazują uzyskane wyniki, najczęściej wskazywaną odpowiedzią dotyczącą źródła wiedzy o chorobie jest właśnie wiedza przekazywana przez personel medyczny. Jak się okazało, w grupie badanych, która otrzymała wyczerpującą informację na temat choroby od lekarza/pielęgniarki, zarówno lęk, jak i depresja występowały znacznie rzadziej i z mniejszym nasileniem. Rzetelny przekaz informacji o chorobie może pomóc pacjentom budować prawidłową reprezentację poznawczą choroby [25], a więc jej realistyczny obraz. Kiedy pacjenci są świadomi, z czym muszą się zmagać i czego się spodziewać wraz z rozwojem RZS, są wówczas w stanie podejmować adekwatne działania mające na celu utrzymanie optymalnego poziomu jakości życia. Jest to ważny wynik, ponieważ pokazuje, że stosunkowo niewielkim kosztem (jedynie przekazanie rzetelnych informacji o chorobie) można w sposób istotny wpływać na kondycję psychiczną pacjentów.

Uzyskane wyniki wskazują również na istotną rolę aktywności zawodowej. Wprawdzie związek ten nie potwierdził się w przypadku występowania objawów lękowych, jednak w odniesieniu do depresji okazał się on być znaczący. Pozytywny wpływ aktywności zawodowej na niwelowanie objawów depresji może wynikać zarówno z utrzymywanej dzięki temu wyższej samoocenie i poczuciu sprawczości wśród pacjentów z RZS, co może przeciwdziałać rozwojowi depresji, jak również pozytywnie wpływać poprzez samą w sobie aktywizację behawioralną, która ma wręcz terapeutyczny wpływ na pojawiające się objawy depresji [26]. Jednak z drugiej strony, zdolność do wykony-

wania pracy wiąże się zwykle z niższym nasileniem aktywności objawów RZS, co również ma związek z występowaniem objawów depresji. Niemniej jednak, dobrą praktyką może być zachęcanie pacjentów, by starali się jak najdłużej utrzymać swoją aktywność zawodową.

Z przeprowadzonych analiz wynika również, że zarówno depresja, jak i lęk występują częściej u kobiet niż u mężczyzn, co wskazuje na płęć żeńską jako czynnik ryzyka pojawienia się tych zaburzeń. Częstsze występowanie depresji i lęku wśród kobiet to dobrze udokumentowany fakt na tle populacji ogólnej [27], jednak alternatywnym wyjaśnieniem może być też niedoszacowany odsetek depresji i lęku w grupie mężczyzn. Powody tego mogą być różne, poczynając od społecznego kontekstu i większej niechęci wśród mężczyzn do przyznawania się do objawów lęku i depresji [28], a kończąc na tym, że depresję i lęk jest znacznie ciężiej zdiagnozować u mężczyzn [29].

Wynikać to może z tego, że objawy depresji i lęku mogą się ukazywać w inny sposób niż u kobiet. U mężczyzn dominującymi objawami mogą być na przykład złość, irytacja, nadużywanie substancji i podejmowanie zachowań ryzykownych, czy po prostu tłumienie emocji [30]. Tego typu kryteria nie są uwzględniane w standardowych skalach przesiewowych jak GAD-7 i PHQ-9. Jednak przesłanką przemawiającą za niedoszacowaniem depresji wśród mężczyzn może być wykazany w tym badaniu nieco wyższy niż u kobiet odsetek przypadków ciężkiego lęku i ciężkiej depresji u mężczyzn, co może świadczyć o tym, że w przypadku niższego nasilenia tych zaburzeń mężczyźni mogą albo doświadczać innego rodzaju trudności niż tych opisanych w zastosowanych kwestionariuszach, albo ignorować lżejsze objawy.

Wyniki przedstawione w niniejszej pracy wyznaczają interesujący kierunek dalszych badań.

## ABSTRACT

**Introduction:** This study aimed to present the relationship between the prevalent psychological disorders of anxiety and depression in rheumatoid arthritis (RA) with regard to disease activity and selected non-medical factors. Non-medical factors included sex, demographic and psychological variables such as gender, age, place of residence, level of education, professional activity, the need for psychological help, or knowledge about RA.

**Material and methods:** The study was conducted using the diagnostic survey method, and 110 patients with RA participated. The severity of anxiety was assessed using the GAD-7 questionnaire, and the severity of depression using the PHQ-9 scale. An original structured interview questionnaire was used to evaluate the activity of disease and other psychological and demographic variables.

**Results and conclusions:** The obtained results confirm that the occurrence of depression and anxiety in the group of RA patients is a common problem that occurs regardless of age, place of residence, or level of education. Their severity correlates with the activity of disease symptoms. However, a relationship has been found between the female gender and higher severity of anxiety and depression. It also turned out that professional activity is not related to the level of anxiety but is significantly associated with the severity of depression. In addition, a significant relationship has been demonstrated between the style of communication RA by health-care professionals and lower levels of anxiety and depression.

**Rheumatol. Forum 2021, vol. 7, No. 3: 108–116**

**Słowa kluczowe:** depression; anxiety; rheumatoid arthritis

1. Bai B, Chen M, Fu L, et al. Quality of life and influencing factors of patients with rheumatoid arthritis in Northeast China. *Health Qual Life Outcomes*. 2020; 18(1): 119, doi: [10.1186/s12955-020-01355-7](https://doi.org/10.1186/s12955-020-01355-7), indexed in Pubmed: [32366246](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32366246/).
2. Batko B, Stajszczyk M, Świerkot J, et al. Prevalence and clinical characteristics of rheumatoid arthritis in Poland: a nationwide study. *Arch Med Sci*. 2019; 15(1): 134–140, doi: [10.5114/aoms.2017.71371](https://doi.org/10.5114/aoms.2017.71371), indexed in Pubmed: [30697263](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30697263/).
3. Esen SA, Karabulut Y, Esen I, et al. Effects of the Disease Characteristics and the Treatment on Psychological Status in Patients with Rheumatoid Arthritis and Ankylosing Spondylitis. *Curr Rheumatol Rev*. 2018; 14(3): 271–278, doi: [10.2174/1573397113666170728123518](https://doi.org/10.2174/1573397113666170728123518), indexed in Pubmed: [28758586](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28758586/).
4. Klak A, Raciborski F, Sameł-Kowalik P. Social implications of rheumatic diseases. *Reumatologia*. 2016; 54(2): 73–78, doi: [10.5114/reum.2016.60216](https://doi.org/10.5114/reum.2016.60216), indexed in Pubmed: [27407283](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27407283/).
5. Martinec R, Pinjatela R, Balen D. Quality of life in patients with rheumatoid arthritis – a preliminary study. *Acta Clin Croat*. 2019; 58(1): 157–166, doi: [10.20471/acc.2019.58.01.20](https://doi.org/10.20471/acc.2019.58.01.20), indexed in Pubmed: [31363338](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31363338/).
6. Li N, Chan E, Peterson S. The economic burden of depression among adults with rheumatoid arthritis in the



- United States. *J Med Econ.* 2019; 22(4): 372–378, doi: [10.1080/13696998.2019.1572015](https://doi.org/10.1080/13696998.2019.1572015), indexed in Pubmed: [30663460](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30663460/).
7. Boyington JEA, Schoster B, Callahan LF. Comparisons of Body Image Perceptions of a Sample of Black and White Women with Rheumatoid Arthritis and Fibromyalgia in the US. *Open Rheumatol J.* 2015; 9: 1–7, doi: [10.2174/1874312901409010001](https://doi.org/10.2174/1874312901409010001), indexed in Pubmed: [25674181](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25674181/).
  8. Van Alboom M, De Ruddere L, Kindt S, et al. Well-being and Perceived Stigma in Individuals With Rheumatoid Arthritis and Fibromyalgia: A Daily Diary Study. *Clin J Pain.* 2021; 37(5): 349–358, doi: [10.1097/AJP.0000000000000929](https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000929), indexed in Pubmed: [33734147](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33734147/).
  9. Sturgeon JA, Finan PH, Zautra AJ. Affective disturbance in rheumatoid arthritis: psychological and disease-related pathways. *Nat Rev Rheumatol.* 2016; 12(9): 532–542, doi: [10.1038/nrrheum.2016.112](https://doi.org/10.1038/nrrheum.2016.112), indexed in Pubmed: [27411910](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27411910/).
  10. Vallerand IA, Patten SB, Barnabe C. Depression and the risk of rheumatoid arthritis. *Curr Opin Rheumatol.* 2019; 31(3): 279–284, doi: [10.1097/BOR.0000000000000597](https://doi.org/10.1097/BOR.0000000000000597), indexed in Pubmed: [30789849](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30789849/).
  11. Marrie RA, Hitchon CA, Walld R, et al. Canadian Institutes of Health Research Team in Defining the Burden and Managing the Effects of Psychiatric Comorbidity in Chronic Immunoinflammatory Disease. Increased Burden of Psychiatric Disorders in Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2018; 70(7): 970–978, doi: [10.1002/acr.23539](https://doi.org/10.1002/acr.23539), indexed in Pubmed: [29438604](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29438604/).
  12. Matcham F, Ali S, Irving K, et al. Are depression and anxiety associated with disease activity in rheumatoid arthritis? A prospective study. *BMC Musculoskelet Disord.* 2016; 17: 155, doi: [10.1186/s12891-016-1011-1](https://doi.org/10.1186/s12891-016-1011-1), indexed in Pubmed: [27068100](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27068100/).
  13. Mok CC, Lok EYC, Cheung EFC. Concurrent psychiatric disorders are associated with significantly poorer quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *Scand J Rheumatol.* 2012; 41(4): 253–259, doi: [10.3109/03009742.2012.664648](https://doi.org/10.3109/03009742.2012.664648), indexed in Pubmed: [22657161](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22657161/).
  14. Fiest KM, Hitchon CA, Bernstein CN, et al. CIHR Team “Defining the Burden and Managing the Effects of Psychiatric Comorbidity in Chronic Immunoinflammatory Disease”. Systematic Review and Meta-analysis of Interventions for Depression and Anxiety in Persons With Rheumatoid Arthritis. *J Clin Rheumatol.* 2017; 23(8): 425–434, doi: [10.1097/RHU.0000000000000489](https://doi.org/10.1097/RHU.0000000000000489), indexed in Pubmed: [28221313](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28221313/).
  15. Ryan S, McGuire B. Psychological predictors of pain severity, pain interference, depression, and anxiety in rheumatoid arthritis patients with chronic pain. *Br J Health Psychol.* 2016; 21(2): 336–350, doi: [10.1111/bjhp.12171](https://doi.org/10.1111/bjhp.12171), indexed in Pubmed: [26525312](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26525312/).
  16. Baerwald C, Manger B, Hueber A. [Depression as comorbidity of rheumatoid arthritis]. *Z Rheumatol.* 2019; 78(3): 243–248, doi: [10.1007/s00393-018-0568-5](https://doi.org/10.1007/s00393-018-0568-5), indexed in Pubmed: [30488094](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30488094/).
  17. Figueiredo-Braga M, Cornaby C, Cortez A, et al. Influence of Biological Therapeutics, Cytokines, and Disease Activity on Depression in Rheumatoid Arthritis. *J Immunol Res.* 2018; 2018: 5954897, doi: [10.1155/2018/5954897](https://doi.org/10.1155/2018/5954897), indexed in Pubmed: [30148175](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30148175/).
  18. Davis MC, Zautra AJ, Wolf LD, et al. Mindfulness and cognitive-behavioral interventions for chronic pain: differential effects on daily pain reactivity and stress reactivity. *J Consult Clin Psychol.* 2015; 83(1): 24–35, doi: [10.1037/a0038200](https://doi.org/10.1037/a0038200), indexed in Pubmed: [25365778](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25365778/).
  19. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, et al. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med.* 2006; 166(10): 1092–1097, doi: [10.1001/archinte.166.10.1092](https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092), indexed in Pubmed: [16717171](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16717171/).
  20. Manea L, Gilbody S, McMillan D. A diagnostic meta-analysis of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) algorithm scoring method as a screen for depression. *Gen Hosp Psychiatry.* 2015; 37(1): 67–75, doi: [10.1016/j.genhosppsych.2014.09.009](https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2014.09.009), indexed in Pubmed: [25439733](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25439733/).
  21. Grupe DW, Nitschke JB. Uncertainty and anticipation in anxiety: an integrated neurobiological and psychological perspective. *Nat Rev Neurosci.* 2013; 14(7): 488–501, doi: [10.1038/nrn3524](https://doi.org/10.1038/nrn3524), indexed in Pubmed: [23783199](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23783199/).
  22. Mennin D, Heimberg R, Fresco D, et al. Is generalized anxiety disorder an anxiety or mood disorder? Considering multiple factors as we ponder the fate of GAD. *Depression and Anxiety.* 2008; 25(4): 289–299, doi: [10.1002/da.20493](https://doi.org/10.1002/da.20493).
  23. Fiske A, Gatz M, Pedersen NL. Depressive symptoms and aging: the effects of illness and non-health-related events. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2003; 58(6): P320–P328, doi: [10.1093/geronb/58.6.p320](https://doi.org/10.1093/geronb/58.6.p320), indexed in Pubmed: [14614116](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14614116/).
  24. Batko B, Urbański K, Świerkot J, et al. Comorbidity burden and clinical characteristics of patients with difficult-to-control rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol.* 2019; 38(9): 2473–2481, doi: [10.1007/s10067-019-04579-1](https://doi.org/10.1007/s10067-019-04579-1), indexed in Pubmed: [31076943](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31076943/).
  25. Sawyer AT, Harris SL, Koenig HG. Illness perception and high readmission health outcomes. *Health Psychol Open.* 2019; 6(1): 2055102919844504, doi: [10.1177/2055102919844504](https://doi.org/10.1177/2055102919844504), indexed in Pubmed: [31041109](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31041109/).
  26. Cuijpers P, van Straten A, Andersson G, et al. Behavioral activation treatments of depression: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2007; 27(3): 318–326, doi: [10.1016/j.cpr.2006.11.001](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.11.001), indexed in Pubmed: [17184887](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17184887/).
  27. Albert PR. Why is depression more prevalent in women? *J Psychiatry Neurosci.* 2015; 40(4): 219–221, doi: [10.1503/jpn.150205](https://doi.org/10.1503/jpn.150205), indexed in Pubmed: [26107348](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26107348/).
  28. Smith DT, Mouzon DM, Elliott M. Reviewing the Assumptions About Men’s Mental Health: An Exploration of the Gender Binary. *Am J Mens Health.* 2018; 12(1): 78–89, doi: [10.1177/1557988316630953](https://doi.org/10.1177/1557988316630953), indexed in Pubmed: [26864440](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26864440/).
  29. Scholz B, Crabb S, Wittert GA. „Males Don’t Wanna Bring Anything Up To Their Doctor”: Men’s Discourses of Depression. *Qual Health Res.* 2017; 27(5): 727–737, doi: [10.1177/1049732316640294](https://doi.org/10.1177/1049732316640294), indexed in Pubmed: [27055495](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27055495/).
  30. Rice SM, Kealy D, Seidler ZE, et al. Male-Type and Prototypical Depression Trajectories for Men Experiencing Mental Health Problems. *Int J Environ Res Public Health.* 2020; 17(19), doi: [10.3390/ijerph17197322](https://doi.org/10.3390/ijerph17197322), indexed in Pubmed: [33036428](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33036428/).