

PSIHIATRIČNI VIDIKI REVMATIČNIH OBOLENJ

Mojca Kos-Golja

POVZETEK

Avtorica opisuje psihiatrične vidike revmatičnih bolezni. Obe specialnosti, revmatologija in psihiatrija, imata številne stične točke. Ker gre praviloma za kronične bolezni in bolečine, so neizbežni psihični odzivi na bolezen, najpogostejši in značilni tudi za revmatične bolnike so nanizani v sestavku. Opisan je vpliv stresa in drugih psihičnih značilnosti, ki pri dovzetnih osebah povzročajo revmatične bolečinske sindrome, kot so sindrom fibromialgije, kronične bolečine v vratu in rokah po obremenitvah, bolečine v križu. Zaradi organskih sprememb na osrednjem živčevju, predvsem pri sistemskih vezivnotkivnih boleznih, manj pogosto pri sistemskih vaskulitidih, prihaja do psihičnih in psihiatričnih ter nevroloških sprememb, ki najpogosteje povzročajo kognitivne motnje, psihoze, glavobol, krče in demenco. Zdravljenje s kortikosteroidi, ki je pri sistemskih vezivnotkivnih boleznih zelo pogosto in dostikrat nepogrešljivo, je prav tako lahko vzrok za psihozo. Psihiatrični bolniki pogosto opisujejo bolečine v predelu mišično skeletnega sistema in jih včasih prikazujejo prav dramatično, pa vendar pri njih revmatične bolezni praviloma ne ugotovimo.

UVOD

V grobem delimo revmatične bolezni (poznamo jih preko sto) na vnetni revmatizem, glavni predstavnik je revmatoidni artritis; s kristali povzročene artritise, kjer sta najpogostejša protin in psevdoprotin; osteoartrozo sklepov in hrbtenice; zunajsklepni revmatizem, kjer je poleg prizadetosti kit, njihovih

ovojnic, sluznih vrečk, kitnih in mišičnih narastišč pogost sindrom fibromialgije; sistemske vezivnotkivne bolezni, prototip je sistemski lupus eritematosus in idiopatične vaskulitise, kamor spadajo nodozni poliarteritis, Wegenerjeva granulomatoza in še nekateri drugi. Večina revmatičnih bolezni je kroničnih. Zato razen organskih posledic bolezni, predvsem na gibalih, a tudi notranjih in drugih organih, vključno z osrednjim in perifernim živčevjem, povzročajo številne druge težave, kot so psihične in socialno-ekonomske. Predvsem ponavljajoče se psihične napetosti (stresi) pri osebah z določenimi značilnostmi lahko sprožijo tudi nekatere revmatične bolečinske sindrome.

PSIHOLOŠKI VIDIKI KRONIČNIH REVMATIČNIH BOLEZNI

Eden glavnih simptomov revmatičnih bolezni je bolečina, ki je normalen odgovor na potencialno škodljiva bolezenska dogajanja in je učinkovit opozorilni mehanizem, ki opozarja, da je v telesu nekaj narobe. Bolečina praviloma povzroča različne psihične težave, še zlasti, če se zraven pojavijo še nepopravljive spremembe na gibalih ali drugih organih, ki vodijo v različno stopnjo invalidnosti. Zato je zelo pomembno, kako se revmatični bolnik »adaptira« in kako »reagira« (se odzove) na kronično bolezen in bolečino (1).

Praviloma ima revmatična bolečina organske vzroke, žal pa se tudi dogaja, da ne najdemo organskega substrata. To je sicer izziv za nadaljnja raziskovanja, vendar otežuje razmerje med bolnikom in zdravnikom. Tako kot pri drugih kroničnih boleznih se tudi revmatični bolniki različno odzivajo na kronične težave, nekateri se nikakor ne morejo prilagoditi bolezni, nekateri pa z njo kar dobro shajajo.

Neprilagodljiv revmatični bolnik

Poskuse adaptacije na kronično bolečino, bolezen in njene posledice spremljajo različni čustveni problemi. Pojavita se strah pred še močnejšo bolečino in njenimi posledicami ter zaskrbljenost, ki se odražata na različne načine (2). Nekateri bolniki so zaradi tega telesno nedejavni, ker se bojijo nadaljnjih okvar, so depresivni, pasivni, se izogibajo socialnim in drugim dejavnostim, spremenijo osebnost in življenjski stil. Pri tistih bolnikih, kjer bolezen povzroči spremembe na gibalih, se dejansko zmanjša zmožnost za delo, zato se izolirajo, postanejo ekonomsko odvisni, pojavijo se težave v družini. Spremljajoč pojav so tudi motnje spanja, utrujenost, izguba teka, hujšanje, kar vse še dodatno poslabša kakovost njihovega življenja. Vsi ti

dejavniki znižujejo bolečinski prag, kar prispeva k še večji intenzivnosti bolečine. Pojavijo se lahko tudi jeza in frustracije, bolniki postanejo »negativisti«, saj se nikakor ne morejo prilagoditi novi situaciji (3).

Kronična bolečina, strah in depresivnost zahtevajo svoj davek, ki se torej kaže v spremenjenem bolnikovem mišljenju in obnašanju. Pogosto postanejo zahtevni, sebični, izsiljujejo pozornost, nenehno poudarjajo svoje trpljenje. Zdravstveni delavci, ki se s takimi bolniki srečujejo, jih opisujejo kot težavne, zelo zahtevne, nezadovoljne, delo z njimi pa zelo utrujajoče, kar še posebej velja za tiste bolnike, kjer vzrokov za njihove težave ne odkrijemo takoj.

Bolniki z revmatoidnim artritismom so npr. bolj nevrotični, depresivni, nemočni od zdravih. Reagiranje na bolezen je lahko sinhrono, ko je anksioznost večja ob hujših težavah, lahko pa paradokсно, ko je anksioznost manjša ob hujših težavah. Dostikrat se zgodi, da bolniki navajajo bodisi pretirane težave, bodisi jih zanikajo. Menijo, da gre pri tem za podzavestno izrabljanje bolezní za drugotne koristi (4).

Prilagodljiv revmatični bolnik

Znano pa je, da pri vseh revmatičnih bolnikih vendarle ne pride do negativnega in averzivnega načina razmišljanja in obnašanja ter so se zmožni prilagoditi bolezní brez hujših psihičnih motenj. Poznamo npr. bolnike z napredovalimi revmatičnimi boleznimi, predvsem to velja za revmatoidni artritis, ki zelo dobro prenašajo svoje težave in kljub kronični bolečini ter drugim spremembam ostanejo psihično trdni (t.i. »robustni« tipi bolnikov). Taki bolniki ostanejo aktivni tudi pri hujših spremembah na gibalih, so samozavestni, odgovorni, čustveni, se učijo iz napak, se soočajo s problemi in iščejo rešitve, skratka se prilagajajo novo nastali situaciji, ki nastane zaradi kronične revmatične bolezní (5).

Psihiatrični bolniki in revmatične težave

Pri psihiatričnih bolnikih se pogosto pojavljajo mišično skeletne bolečine brez dokazane organske revmatične bolezní. Navadno jih imenujemo »psihogene področne bolečine«. Pri takih osebah je pogosto demonstrativno poudarjanje težav, bolnik ima nenavadno upognjen hrbet, koleno ali prikazuje slabo aktivno gibljivost posameznih sklepov, ki pa niso nič spremenjeni. Pri histeričnih osebah je včasih prikazovanje bolečin in drugih težav na gibalih prav tako lahko zelo dramatično, kar neizkušeneга zdravnika zavede, da precenjuje njihovo simptomatiko.

Predvsem pri sistemskih vezivnotkivnih boleznih, manj pri idiopatičnih vaskulitisih, se lahko pojavljajo različni psihiatrični in nevrološki simptomi, ki so odraz organske prizadetosti osrednjega in perifernega živčevja. Na srečo je ta prizadetost redkejša. Možganska prizadetost je namreč pri teh boleznih praviloma slab prognostičen znak, pomeni napredujočo bolezen, povzroča večjo smrtnost in zahteva agresivnejše zdravljenje.

Sistemski lupus eritematosus

Najpogosteje se prizadetost osrednjega in perifernega živčevja pojavi pri sistemskem lupusu eritematosusu (SLE), ki je prototip sistemske vezivnotkivne bolezni. Vzroka za nastanek bolezni sta čezmerna tvorba in moteno odstranjevanje patoloških avtoprotiteles ter imunskih kompleksov. Zakaj pri SLE nastanejo imunske nepravilnosti, ni povsem jasno. Domnevajo, da so za to odgovorni različni dejavniki, kot so genetska dovzetnost, spolni hormoni in različni zunanji vplivi. Pri približno tretjini bolnikov s SLE se pojavi nevrološka in psihiatrična prizadetost. Patogeneza sprememb na osrednjem živčevju še ni povsem razjasnjena. Najverjetneje gre za kombinacijo okvar malega žilja (mikrotromboze) in reakcije avtoprotiteles z živčnimi celicami in tkivi. Pogosto bolniki s SLE navajajo psihični stres kot vzrok za izbruh bolezni (približno 50 % do 70 % bolnikov). Psihiatrične simptome pri SLE lahko razdelimo v funkcionalne in organske.

Funkcionalni simptomi so podobni, kot jih opažamo pri drugih revmatičnih boleznih, in odražajo notranji spopad oziroma reakcijo na bolezen (depresija, anksioznost, razdražljivost, histerija) in so redko odraz organske bolezni.

Organske spremembe osrednjega živčevja povzročajo kognitivne motnje, ki so ločene od funkcionalnih. Včasih jih je težko odkriti in zahtevajo skrbno obravnavo bolnika.

Pri približno 24 % bolnikov se v poteku bolezni pojavljajo psihoze, ki se kažejo različno. Gre za mentalne motnje z bizarnim mišljenjem in lahko tudi s halucinacijami, blagimi motnjami zavesti, težavami s koncentracijo, agresivnostjo, spremembami razpoloženja, a tudi demenco. Glavobol je zelo pogosto prisoten pri bolnikih s SLE. Najpogosteje gre za tenzijski glavobol, ki ga sproži stres. Pri približno 30 % bolnikov z aktivnim SLE se pojavlja migrenski glavobol, ki nastane zaradi lokalnih žilnih spazmov.

Krči (konvulzije) se pojavljajo pri 15 do 20 % bolnikov s SLE. Najpogostejši so grand mal napadi, opisane so tudi druge vrste konvulzij. Lahko so

prvi znak bolezni ali nastopijo v njenem poteku. Običajno so patoanatomska osnova za konvulzije vaskulopatija ali mikroinfarkti.

Pri približno 10 do 15 % bolnikov s SLE se razvije kranialna ali periferna nevropatija. Od kranialnih nevropatij je najpogostejša prizadetost očesa. Nastanejo lahko diplopija, nistagmus, ptoza, defekti vidnega polja, slepota, vidne halucinacije. Periferne nevropatije nastanejo zaradi prizadetosti vaza nervorum ustreznega živca.

Drugi simptomi organske prizadetosti osrednjega živčevja so še cerebrovaskularni infarkti, gibalne motnje, transverzalni mielitis, meningitis, kar pa se na srečo pojavlja redko.

Napredujoča demenca lahko nastane kot izoliran problem ali v sklopu drugih simptomov možganske prizadetosti. Najpogostejši vzrok demence je postopno izginevanje možganovine, ker pride zaradi žilne prizadetosti do tvorbe nefunkcionalnih brazgotin. Lahko nastopi tudi koma, ki jo moramo zdraviti z visokimi odmerki kortikosteroidov.

Psihoza po kortikosteroidih

Dostikrat je težko ločiti, ali je psihoza posledica SLE ali gre za druge vzroke. Psihozo namreč lahko povzročajo tudi razna zdravila, predvsem kortikosteroidi (pri 5 % bolnikov s SLE), ki jih zelo pogosto uporabljamo in jih, kar zveni paradokсно, dajemo tudi pri psihozi v sklopu SLE. Pojav psihoze ne zavisi od odmerka kortikosteroidov, praviloma se popravi po višjem odmerku, dostikrat izzveni tudi po nadaljevanju takega zdravljenja. Pojavljanje psihoze po kortikosteroidih, ki jih npr. dajemo zaradi drugih bolezni, je manj kot pet odstotno (6).

Sistemske vaskulitise

Pri sistemskih vaskulitiseh sta prizadetost osrednjega živčevja in s tem povezano pojavljanje psihiatrične in nevrološke simptomatike precej redkejša. Bistveno pogostejša je prizadetost perifernega živčevja.

Nodozni poliarteritis, Churg-Straussin sindrom lahko povzročata krče in hemiparezo. **Wegenerjeva granulomatoza** je eden od pogostejših vaskulitisev, kjer prav tako redko pride do sprememb osrednjega živčevja, pa vendarle lahko najdemo granulome v možganih, meningah in ugotavljamo prizadetost možganskih živcev.

Gigantocelični arteritis je bolezen starejših in prizadene arterije z notranjo elastično lamino, največkrat kranialne veje arterij, ki izhajajo iz aortnega

loka. Vodeč klinični simptom je glavobol, ki je najpogosteje v temporalnem predelu. Temporalne arterije so boleče, zadebeljene, zvijugane in brez tipljivega pulza. Možne so še bolečine v lasišču, žvekalnih mišicah, ustih in grlu ter občutek bolečega in mravljinčastega jezika. Zgodnja diagnoza in zdravljenje tega vaskulitisa sta pomembna, ker zaradi ishemije vidnega živca, ki ga povzroča arteritis oftalmične arterije in njenih vej, lahko pride do motenj vida in celo do slepote. Možne so tudi prehodne ishemične epizode. Pri teh bolnikih se na začetku bolezni včasih pojavlja depresija. Pomembno je vedeti, da se z gigantoceličnim arteritisom pogosto kombinira revmatična polimialgija, kjer se pojavljajo bolečine in nemoč v proksimalnih mišicah okončin.

Pri Behçetovi bolezni, ki je redek vaskulitični sindrom, lahko pride do meningoencefalitisa, ki povzroča glavobol, otrdel tilnik, zvišano telesno temperaturo in pomeni zelo slab prognostičen znak (umrljivost je 41-odstotna) (7).

PSIHIČNI DEJAVNIKI IN REVMA TIČNI BOLEČINSKI SINDROMI

Pri nekaterih dovzetnih osebah, s posebnimi psihičnimi značilnostmi, še z drugimi dejavniki, kot so socialno, čustveno stanje, kulturno ozadje, nenormalni odzivi na različne strese, se lahko pojavljajo bolečinski sindromi, kjer ne najdemo organske osnove za njihove težave. Pri teh sindromih se poleg raznih drugih znakov pojavlja predvsem bolečina v različnih delih mišično-skeletnega sistema.

Sindrom fibromialgije

Sindrom fibromialgije etiološko in patogenetsko ni povsem razjasnjen. Ugotovili so, da gre pri tem sindromu za generalizirano hiperalgezijo in nižji prag za bolečino na različne dražljaje. Domnevajo, da pride do nepravilnega delovanja hipotalamo-hipofizno-suprarenalne osi, spremenjene ravni serotonina in substance P v osrednjem živčevju, ki povzročijo znižanje bolečinskega praga. Sprožilni vzroki izrazitih mišičnih bolečin so lahko prekomerni telesni naporji (fizični stres), pogosto tudi okužbe, dolgotrajen prekomeren hrup v okolju, zlasti v nočnem času, predvsem pa dolgotrajni ali ponavljajoči se psihični stres (8).

Prevalenca bolezni je 1- do 2-odstotna (podatki veljajo za zahodno Evropo in ZDA), prevladujejo ženske. V poteku bolezni se pri 25 % bolnikov pojavita depresija in anksioznost.

Za sindrom fibromialgije so značilne vsaj tri mesece trajajoča razpršena, pekoča, zbadajoča mišično-skeletna bolečina in na pritisk boleče točke okrog

sklepov, v mišicah in mišično skeletnih narastiščih (najmanj 11 od skupaj 18 bolečih točk) (9).

Pridruženi so še neosvežujoč spanec, jutranja utrujenost, okorelost, občutek otekanja okončin, parestezije, glavobol, spominske motnje in motnje koncentracije, pogostejše odvajanje seča in blata (iritabilni kolon), trebušne bolečine. Boleči predeli mišic in gibal niso spremenjeni niti klinično ali rentgensko niti histološko. Prav tako tudi ne ugotavljamo morebitnih laboratorijskih nenormalnosti.

Marsikateri bolnik s sindromom fibromialgije je prepričan, da tako hude bolečine v mišicah, kosteh in sklepih povzroči le huda, neozdravljiva bolezen, ki mu bo sčasoma iznakazila sklepe in ga priklenila na posteljo. Zato je še posebej pomembno, da se takemu bolniku res posvetimo, mu skušamo razložiti, da ne gre za hudo, vnetno revmatično bolezen, da zato zanesljivo ne bo postal invalid. Seznanimo ga z možnimi sprožilnimi dejavniki, ki naj jih skuša zmanjšati ali odstraniti. Prepričati ga moramo, da je najučinkovitejši način odpravljanja težav vsakodnevna redna telesna vadba, gibanje v naravi, da uspeha ne sme pričakovati hitro, čez noč. Uspeh zdravljenja lahko doseže v nekaj mesecih. Pomembna je tudi ureditev razmer na delovnem mestu, v njegovem okolju. Zlasti pri pridruženih motnjah spanja praviloma pomagajo triciklični antidepresivi, ki jih dajemo v majhnem večernem odmerku. Žal pa nas izkušnje učijo, da je uspeh zdravljenja bolnikov s fibromialgijo v povprečju slab. Boljši je le, če je bolnik natančno seznanjen z naravo in potekom svoje bolezní ter sprejme aktivno vlogo v procesu zdravljenja (10,11).

Kronični bolečinski sindrom zaradi ponavljajoče se obremenitve

Kronični bolečinski sindrom po ponavljajočih se gibih in prisilnih položajih, predvsem na delovnem mestu (»repetitive strain syndrome«), se pojavlja pri nekaterih osebah s posebnimi psihološkimi značilnostmi in še drugimi dejavniki tveganja. V nastanek se namreč vpletajo socialni dejavniki, kulturno ozadje, čustveno stanje, nenormalni odziv na stres in motnje spanja. Simptomi ne zavisijo od težavnosti in količine opravljenega dela. Navajajo tudi, da se ta sindrom praviloma ne pojavlja pri osebah, visoko motiviranih za delo. Poleg tega na bolečih delih in tkivih ni najti bolezenskih sprememb. V literaturi ni natančnih podatkov o prevalenci tega sindroma, ker ni njegovega enotnega poimenovanja in obravnavanja.

Etiopatogeneza nastanka sindroma ni povsem pojasnjena. Videti je, da so enostavne bolečine, povezane z rutinskim delom, samo začetni dražljaj, ki nato pri nekaterih dojemljivih osebah povzročijo tkim. amplifikacijo bolečine.

Spodnji vratni del hrbtenice je nedvomno podnevi in tudi ponoči izpostavljen določenim mehanskim stresom. Pri tem so, npr. zaradi napetosti cervikotorakalnega področja, vzdraženi globoki nociceptorji. Pri nekaterih osebah pride zaradi tega do posebnega nevrogenega odgovora, ki med drugim povzroča »preneseno bolečino«. Pojavijo se področne spremembe bolečinskega praga, ti predeli postanejo preobčutljivi na pritisk, navadno so to posamezne nenormalno boleče točke (tender points). Značilni sta še nizek prag za kožno bolečino (alodinija) in hiperalgezija. Na kratko rečeno, gre za povečan odgovor na normalne ali manjše bolečinske dražljaje.

Glavni simptomi tega sindroma so stalne bolečine v rokah, vratu, ramenih, ki se pogosto začnejo okrog zapestij, komolcev ali na nadlahteh. Spreminjajo se z aktivnostjo, vremenom, psihičnimi stresi. Navadno mučijo bolnike tudi nespečnost, pogosto prebujanje, plitek spanec, jutranja in splošna utrujenost. Roki postaneta okorni, v njih čutijo mravljinčenje. Zelo pogosta njihova navedba je, da jim predmeti nehoteno padajo iz rok.

Klinični pregled odkriva motnje bolečinskega praga, na blag pritisk so zelo boleče točke na vratu, lopaticah, prsnici, ramenih in nadlahteh. Mišice teh predelov so napete, boleče, včasih prihaja do nehotenih mišičnih kontrakcij. Značilen je tudi povečan dermografizem. Lahko je pridružena zmanjšana gibljivost vratu, ki se po sprostitvi mišic normalizira. Možne so še vazomotorne spremembe na distalnih delih rok, ki se kažejo v modrikasti barvi kože, znojnih dlaneh, nabreklih prstih, zmanjšanjem stisku rok. Sindrom je torej precej podoben fibromialgiji, razlika je v lokalizaciji bolečin.

Zdravljenje temelji na principih, ki veljajo za podobne kronične bolečinske sindrome. Preventivni ukrepi na delovnem mestu in zgodnja diagnoza so ključni. Potrebno je natančno seznanjanje bolnika z naravo teh težav, poučiti ga je treba, zakaj nastajajo, ga prepričati, da ne gre za okvaro tkiv, da ne bo prišlo do nepopravljivih sprememb na gibalih. Ponavadi ni modro, da vse njegove težave označimo kot psihične. Bolnika opozorimo na pravilen položaj vratu, predvsem med spanjem. Zelo pomembno je fizikalno zdravljenje, predvsem so potrebne aerobne in raztegovalne vaje. Nista priporočljivi niti dolgotrajna telesna nedejavnost niti pretiravanje s telesno aktivnostjo, oboje je treba uravnotežiti. Včasih je koristna blaga mobilizacija vratne hrbtenice. Pri motnjah spanja dajemo triciklične antidepresive. V primeru daljše odsotnosti od dela se mora bolnika čimprej vrniti na delo, kjer so včasih potrebne določene spremembe. V primeru neučinkovitosti teh ukrepov, če so težave že močno zakoreninjene, je potrebna pomoč psihiatra (12).

Kronične bolečine v križu

Bolečino v križu, ki ni organskega izvora, lahko povzročajo in tudi modificirajo številni emocionalni dejavniki, ki jih moramo razpoznati čim prej. Psihično povzročena ali modulirana kronična bolečina v križu se praviloma na zdravljenje ne odziva, ne glede na to, kako skrbno ga načrtujemo in izvajamo. Prav tako bolečin tudi ne moremo pojasniti z minimalnimi spremembami, ki jih npr. ugotovimo pri kliničnem pregledu in z rentgenskim slikanjem ter drugimi slikovnimi metodami. Tako v teh primerih ugotavljamo, da ni povezave med hudimi subjektivnimi težavami in objektivno ugotovljenimi spremembami.

Klinični znaki neorganske lumbalgije so površinska preobčutljivost kože, bizarni položaji pri hoji in sedenju, področne motorične in senzorične funkcionalne motnje ter pretiravanje pri prikazovanju težav. Pri razpoznavanju emocionalnih dejavnikov nam lahko pomaga psihološko testiranje. Zavedati se sicer moramo, da ti testi niso absolutno zanesljivi za razločevanje med funkcionalno in organsko bolečino, nam pa lahko zelo pomagajo pri načrtovanju diagnostičnih preiskav in zdravljenja ter pri odločitvi, da v obravnavanje takega bolnika vključimo tudi psihiatra.

Znaki histerije in hipohondrije pri posameznih bolnikih pred operacijo hernije medvretenčne ploščice, ki imajo po njej še kar naprej kronično bolečino v križu, so npr. zelo dobri kazalci izhoda teh posegov.

Dostikrat se za kronično bolečino v križu skrivajo namišljeni bolniki, ki hlinijo težave (simulanti); to so predvsem osebe z raznimi rentnimi težnjami, ki skušajo na ta način izsiliti ugodnosti v domačem in delovnem okolju (13,14).

ZAKLJUČEK

Pri bolnikih z revmatičnimi boleznimi in različnimi funkcionalnimi bolečin-skimi sindromi moramo nujno upoštevati psihične motnje, ki so v prvem primeru reakcija na bolezen, v drugem pa sindrome, poleg vseh drugih dejavnikov, tudi sprožijo. Prav tako moramo hitro razpoznati tudi organsko prizadetost osrednjega živčevja, ki lahko povzroča psihične in psihiatrične simptome, pri tem ustrezno in dovolj zgodaj terapevtsko ukrepati, saj je od tega lahko odvisen izhod bolezni.

Pristop k bolniku z revmatičnimi težavami in boleznimi mora biti torej human, upoštevati mora bolnikovo odzivanje na bolečino, bolezen, psihične, socialne in druge vidike. Pri tem je zelo pomembna podpora družinskih članov,

a tudi članov strokovnih medicinskih ekip. Vedno bolj se uveljavlja psihološki in socialni pristop, ki vključuje poučevanje, urjenje relaksacijskih tehnik in drugih postopkov, ki bolniku pomagajo premagovati bolečine in povečati ali doseči samostojnost v domačem okolju in na delovnem mestu. Iskati in vzpodbujati je treba zdrave elemente osebnosti ter nenasilno zmanjševati tisto, kar je »bolno«. Revmatologi se zavedamo tega vidika in skušamo bolnikom čim bolj pomagati.

Zaradi številnih stičnih točk med revmatologijo in psihiatrijo bodo v bodoče potrebne boljše in tesnejše strokovne povezave, da bomo nadoknadili pomanjkanje bolj poglobljenega znanja na teh področjih.

LITERATURA

1. Wade JB et al. An emotional component analysis of chronic pain. *Pain* 1990; 40: 303-10.
2. Asmundson GJG, Taylor S. Role of anxiety sensitivity in pain-related fear and avoidance. *J Behav Med* 1996; 19: 577-86.
3. Fernandez E, Turk DC. The scope and significance of anger in the experience of chronic pain. *Pain* 1995; 61: 165-75.
4. Smith TW, Christensen AJ, Peck JR, Ward JR. Cognitive distortion, helplessness, and depressed mood in rheumatoid arthritis: A four year longitudinal analysis. *Health Psychol* 1994; 13: 213-7.
5. McCracken LM. Learning to live with the pain: Acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Behav Res Ther* 1998; 74: 21-8.
6. Gladman DD, Urowitz MB. Systemic lupus erythematosus. V: Klippel JH, Dieppe PA, eds. *Rheumatology*, Mosby-Year Book Europe Limited, 1994; 2.1-2.20.
7. Conn DL. Vasculitides. V: Klippel JH, Dieppe PA, eds. *Rheumatology*. Mosby-Year Book Europe Limited, 1994: 17.1-20.6.
8. McDermid AJ, Rollman GB, McCain GA. Generalized hypervigilance in fibromyalgia: Evidence of perceptual amplification. *Pain* 1996; 66: 133-44.
9. Turk CD, Okifuji A. Pain in patients with fibromyalgia syndrome. *Curr Rheum Rep* 2000; 2: 110-15.
10. Goldenberg DL. Fibromyalgia. V: Klippel JH, Dieppe PA, eds. *Rheumatology*. Mosby-Year Book Europe Limited, 1994; 16.2-16.12.
11. Logar D. Zunajsklepni revmatizem. V: Kocijančič A, Mrevlje F, ur., *Interna medicina*, 2. izd., EWO.DZS, 1998: 1008-13.

12. Littlejohn GO. Repetitive strain syndrome. V: Klippel JH, Dieppe PA, eds. Rheumatology. Mosby-Year Book Europe Limited, London, 1994; 17.1-17.4.
13. Lipson SJ. Low back pain. V: Kelley WN, Harris ED, Ruddy S, Sledge CB, eds. Textbook of Rheumatology. Fifth ed., WB Saunders Company, 1997: 439-57.
14. Kos-Golja M. Bolečina v križu. Med Razgl. Razpoznavanje notranjih bolezni-Diagnostični algoritmi; 1994: 7.12-7.16.