

УДК 616.72-002.77 (575.2) (04)
DOI 10.53473/16946324_2024_2

ТУТУМДАШКАН КЫЗЫЛ ЖҮГҮРҮКТҮН МЕНЕН ООРУГАН БЕЙТАПТАРДАГЫ ДЕПРЕССИЯЛЫК БУЗУЛУУЛАРДЫН ЖАШЫРУУН ФОРМАЛАРЫ

¹Борисова А.Б., ^{1,2}Вельтищев Д.Ю., ¹Решетняк Т.М.

¹В.А. Насонова атындагы «Ревматология илимий-изилдөө институту», Федералдык мамлекеттик бюджеттик мекеме (ФМБМ)

² Россия Федерациясынын саламаттык сактоо Министрлигинин Н.И. Пирогов атындагы Федералдык Мамлекеттик бюджеттик жогорку билим берүү мекемеси “Россия Улуттук изилдөө медициналык университети” ФДПО психиатрия бөлүмү, Москва.

Борисова Анастасия Борисовна (сунуучу автор), e-mail: desolatorius@yandex.ru, тел. 8 985 159 14 99

Кыскача маалымат

Негиздөө

Маскаланган (жашыруун, соматташтырылган) депрессия – депрессиялык бузулуунун бир варианты, анда маанайдын төмөндүгүнүн иш жүзүндөгү симптомдору кандайдыр бир соматикалык же башка психикалык симптомдор менен жашырылган (маскаланган). Мындай бейтаптар көпкө чейин психиатры жардамына кайрылышпайт, адекваттуу дарыланышпайт. Алардын абалына байланыштуу башка даттануулар биринчи орунга чыгат, алар депрессиянын “маскасын” көрсөтүп, ар кандай адистиктеги дарыгерлерге кайрылышат. Маскаланган депрессиянын бир нече варианттары бар, алар менен коштолгон негизги даттанууларга негизделген: алгический-сенестопатиялык (ар кандай локализациянын өнөкөт оорушу менен көрсөтүлөт), тынчсыздануу синдрому жана коркуу, уйкунун бузулушу, алкоого ичимдиктерге жана психоактивдүү заттарга көз карандылыктын белгилери менен. Чарчоо, уйкунун бузулушу жана өнөкөт оору сыяктуу депрессиялык эпизод үчүн оорулардын эл аралык классификациясы-10 (ОЭЖ-10) критерийлеринде берилген депрессиянын мындай тез-тез симптомдору ревматологдор тарабынан биринчи кезекте аутоиммундук сезгенүүнүн оордугу менен байланыштырылат жана көбүнчө алардын таасирин жана пайда болушуунун себебин эске алышпайт.

Изилдөөнүн максаты

Тутумдашкан кызыл жүгүрүк (ТКЖ) менен ооруган бейтаптарда депрессиялык бузулуулардын жашыруун формаларынын пайда болушун аныктоо.

Материал жана методдор

Изилдөө 18 жаштан 69 жашка чейинки ($M \pm SD$) $32,9 \pm 13,2$ жыл) ишенимдүү (EULAR/ACR 2019 критерийлери) менен 69 амбулатордук жана стационардык пациенттерди (9 (13,1%) эркектер жана 60 (86,9%) аялдар) камтыды. ТКЖ диагнозу Депрессиялык бузулуулар ОЭЖ-10 ылайык психиатр тарабынан эксперименталдык психологиялык ыкмаларды колдонуу менен жарым структураланган интервью учурунда аныкталган.

Натыйжалар

Депрессиялык бузулуулар ТКЖ менен ооруган 57 (82,6%) пациентте аныкталган (жалпы тынчсыздануу-депрессиялык спектрдин бузулушу - 66 (95,7%)). Алардын 46сы (80,7%) гана психиатрга кайрылганда психикалык абалынын начарлашына даттанышкан. Депрессиялык маанайды субъективдүү түрдө депрессия менен ооруган 57 бейтаптын 8 (14,0%), ангедония - 4 (7,02%), апатия - 7 (12,3%) гана белгилеген. Уйкунун бузулушу – 48 (84,2%) (алардын 30 (52,6%) активдүү арыз менен кайрылса, 18 (31,6%) – максаттуу сурамжылоодо гана), узакка созулган чарчоо – 15 (26,3%), тынчсыздануу – 2

(3,51%). Чыңалуу баш оорусу 16 (28,1%), ар кандай психоактивдүү заттарга көз карандылык 3 (5,26%) аныкталган.

Ошентип, көп учурда оорулуу жана ревматолог үчүн жаашырылган депрессия, депрессияга кабылган бейтаптардын көпчүлүгүндө (41, 71,9%) ТКЖ менен жабыркаган бейтаптарда аныкталган.

Корутунду

ТКЖ менен ооруган бейтаптарда депрессиялык бузулуулардын көп учурагандыгына карабастан, бейтаптар ар кандай факторлордон улам (депрессиянын узакка созулган жана көнүмүш мүнөзү, рефлексиянын жоктугу, алекситимия) начар маанайга, меланхолияга же апатияга сейрек активдүү даттанышат. даттанууларды соматташтыруу, депрессиялык ооруларды диагностикалоону жана өз убагында комплекстүү дарылоону кыйындатат.

Негизги сөздөр: депрессия, соматизацияланган депрессия, тутумдашкан кызыл жүгүрүк

HIDDEN FORMS OF DEPRESSIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS.

¹Borisova A.B., ^{1,2}Veltishev D.Y., ¹Reshetnyak T.M.

¹Federal State Budgetary Institution (FSBI) «Research Institute of Rheumatology named after V.A. Nasonova» Moscow, Russian Federation.

²Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education (FSBEI HE) Russian National Research Medical University (RNIMU) named after. N.I. Pirogov" Ministry of Health of Russia, Department of Psychiatry FDPO, Moscow, Russian Federation

Borisova Anastasiya Borisovna (presenting author), e-mail: desolatorius@yandex.ru, Contacts: 8 985 159 14 99

Summary

Abstract

Masked (hidden, somatized) depression is a type of depressive disorder in which the actual symptoms of low mood are hidden (masked) by any somatic or other mental symptoms. Such patients do not seek help from a psychiatrist for a long time and do not receive adequate treatment. Other complaints come to the fore in their condition, which represent a “mask” of depression and with which they turn to doctors of various specialties. There are several variants of masked depression based on the leading complaints that accompany it: with chronic pain of various localizations, anxiety syndrome and attacks of fear, sleep disorders, with symptoms of dependence on alcohol and psychoactive substances. Rheumatologists primarily associate such frequent symptoms of depression presented in the ICD-10 criteria for a depressive episode as fatigue, sleep disturbances, and chronic pain with the severity of autoimmune inflammation and often do not take into account the influence of a mental disorder.

Objective

To determine the incidence of latent forms of depressive disorders in patients with systemic lupus erythematosus (SLE).

Material and methods

The study included 69 outpatient and inpatient patients (9 (13.1%) men and 60 (86.9%) women) aged 18 to 69 years ($M \pm SD$) $32.9 \pm 13, 2$ years) with a definite (EULAR/ACR 2019 criteria) diagnosis of SLE. Depressive disorders were diagnosed by a psychiatrist in accordance with ICD-10 during a semi-structured interview using experimental psychological techniques.

Results

Depressive disorders were identified in 57 (82.6%) patients with SLE (total anxiety-depressive spectrum disorders - in 66 (95.7%)). Only 46 (80.7%) of them made any complaints when contacting a psychiatrist. Depressed mood was subjectively noted by only 8 (14.0%) of 57 patients with depression, anhedonia - 4 (7.02%), apathy - 7 (12.3%). While sleep disturbances –

48 (84.2%) (30 (52.6%) of them presented active complaints, 18 (31.6%) - only upon targeted questioning), prolonged fatigue – 15 (26.3 %), anxiety attacks – 2 (3.51%). Tension headache was identified in 16 (28.1%), dependence on various psychoactive substances – in 3 (5.26%). Thus, depression, often hidden for the patient and the rheumatologist, was identified in the majority of depressed patients (41, 71.9%) patients suffering from SLE.

Conclusions

Despite the high incidence of depressive disorders in patients with SLE, patients rarely actively complain of low mood, melancholy or apathy due to various factors (long-term duration and habitual nature of depression, lack of reflection, alexithymia), which leads to somatization of complaints, complicates diagnosis and timely comprehensive treatment of depressive disorders.

Key words: depression, somatized depression, systemic lupus erythematosus

СКРЫТЫЕ ФОРМЫ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

¹Борисова А.Б., ^{1,2}Вельтищев Д.Ю., ¹Решетняк Т.М.

¹Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой» (ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой), Москва, Россия;

²Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования (ФГБОУ ВО) «Российский национальный исследовательский медицинский университет (РНИМУ) им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, кафедра психиатрии ФДПО, Москва, Россия

Борисова Анастасия Борисовна (представляющий автор), e-mail: desolatorius@yandex.ru, тел. 8 985 159 14 99

Резюме:

Обоснование

Маскированная (скрытая, ларвированная, соматизированная) депрессия — вариант депрессивного расстройства, при котором симптомы сниженного настроения скрыты (маскированы) какими-либо соматическими или другими психопатологическими нарушениями. Такие пациенты длительное время не обращаются за помощью к психиатру и не получают адекватного лечения. На первый план в состоянии выходят жалобы, которые представляют собой «маску» депрессии и с которыми пациенты обращаются к врачам различных специальностей. Выделяют несколько вариантов маскированных депрессий, выделенных по ведущим жалобам, которые ее сопровождают: алгически-сенестопатическая (проявляется хронической болью различной локализации), с тревожным синдромом и приступами страха, нарушениями сна, с симптомами зависимости от алкоголя и психоактивных веществ. Такие частые симптомы депрессии, представленные в критериях депрессивного эпизода МКБ-10, как усталость, нарушения сна, а также хроническую боль врачи ревматологи, в первую очередь, связывают с выраженностью аутоиммунного воспаления и часто не учитывают влияние психического расстройства в их генезе.

Цель исследования - определить встречаемость скрытых форм депрессивных расстройств у больных системной красной волчанкой (СКВ).

Материал и методы

В исследование включены 69 амбулаторных и стационарных пациентов (9 (13,1%) мужчин и 60 (86,9%) женщин) в возрасте от 18 до 69 лет ($(M \pm SD)$ 32,9±13,2 лет) с достоверным (критерии EULAR/ACR 2019 г.) диагнозом СКВ. Депрессивные расстройства диагностированы психиатром в соответствии с МКБ-10 в ходе

полуструктурированного интервью с использованием экспериментально-психологических методик.

Результаты

Депрессивные расстройства выявлены у 57 (82,6%) больных СКВ (всего расстройства тревожно-депрессивного спектра – у 66 (95,7%)). Какие-либо жалобы на ухудшение психического состояния при обращении к психиатру предъявили лишь 46 (80,7%) из них. Угнетение настроения субъективно отмечали лишь 8 (14,0%) из 57 пациентов с депрессией, ангедонию – 4 (7,02%), апатию – 7 (12,3%). В то время как нарушения сна – 48 (84,2%) (30 (52,6%) из них предъявляли активные жалобы, 18 (31,6%) - только при целенаправленном расспросе), длительную усталость – 15 (26,3%), приступы тревоги – 2 (3,51%). Головная боль напряжения определена у 16 (28,1%), зависимость от различных психоактивных веществ – у 3 (5,26%). Таким образом, нередко скрытая для пациента и врача ревматолога депрессия выявлена у большинства больных депрессией (41, 71,9%) пациентов, страдающих СКВ.

Выводы

Несмотря на высокую частоту депрессивных расстройств у больных СКВ, больные редко активно жалуются на сниженное настроение, тоску или апатию в силу различных факторов (многолетней продолжительности и привычного характера депрессии, отсутствии рефлексии, алекситимии), что приводит к соматизации жалоб, затрудняет диагностику и своевременное комплексное лечение депрессивных расстройств.

Ключевые слова: депрессия, соматизированная депрессия, системная красная волчанка

Актуальность

Несмотря на высокую частоту расстройств тревожно-депрессивного спектра (РТДС) у больных иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями (ИВРЗ) (до 94,1% у больных системной красной волчанкой (СКВ) [1], согласно предыдущему фрагменту нашего исследования), чаще всего они остаются недиагностированными и нелеченными. Связано это, прежде всего, с тем, что все внимание обращено на основные иммунопатологические аспекты болезни, а депрессия и тревога рассматриваются в качестве «нормальной» реакции на хроническое заболевание. Выявление депрессии осложнено и тем, что некоторая симптоматика ИВРЗ совпадает с проявлениями депрессии (например, хроническая усталость, двигательная заторможенность, потеря веса, бессонница, снижение аппетита). Кроме того, у ревматолога, как и у врачей других специальностей, часто не хватает информированности и времени для диагностики психических расстройств. По некоторым данным, только пятая часть пациентов с ИВРЗ и депрессией готовы обсуждать проблемы настроения с врачом-ревматологом. Более того, получение психиатрической помощи стигматизировано в нашей стране и связано с возможными социальными ограничениями, поэтому только четвертая часть больных получает адекватную психофармакологическую и психотерапевтическую помощь [12]. Частыми симптомами СКВ являются боль (до 80% пациентов с СКВ, при этом 67% пациентов отмечают выраженный болевой синдром [3]), усталость (до 58,7% [3]) и нарушения сна (52,8% [7]), которые многими авторами рассматриваются в качестве симптомов, связанных с депрессией [7]. Первичную диагностику также затрудняет алекситимия, которую часто связывают с наличием соматизированной депрессии, с тревожной и апатической аффективностью, и выявляемую у существенной доли (37.5%) пациентов с СКВ [13, 9]. Таким образом, несмотря на ограниченное число клинко-психопатологических исследований, можно отметить значимость диагностики депрессивных расстройств у больных СКВ, которые нередко маскированы тревожным синдромом, а также соматическими симптомами.

Материал и методы

Исследование одобрено локальным этическим комитетом ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой (протокол №02 от 02.07.2020 г.) и проведено в рамках фундаментального научного исследования НИИР (№ государственной регистрации 1021062512064-0 РК 122040400027-8 и 1021051402790-6 РК 122040400024-7). Все пациенты при включении подписали информированное согласие на участие в исследовании.

В исследование включены 69 амбулаторных и стационарных пациентов (9 (13,1%) мужчин и 60 (86,9%) женщин) в возрасте от 18 до 69 лет ($(M \pm SD)$ 32,9±13,2 лет) с достоверным (критерии EULAR/ACR 2019 г. [11]) диагнозом СКВ.

Депрессивные расстройства диагностированы психиатром в соответствии с МКБ-10 [6] в ходе полуструктурированного интервью. Проводилось комплексное клинико-психопатологическое и экспериментально-психологическое обследование с оценкой предрасполагающих личностных и стрессовых факторов, особенностей психопатологической структуры расстройств и их динамики. Использованы проективные психологические методики [4, 8]. Для оценки когнитивных функций использованы методики оценки памяти (механической и ассоциативной), «5-й лишний» [4], «классификация» [5].

Для статистической обработки результатов использовались методы параметрической и непараметрической статистики программы “Statistica 12.5”.

Результаты

Согласно МКБ-10, РТДС выявлены у подавляющего большинства больных СКВ (95,7%) с преобладанием хронических вариантов в виде дистимии (53,6%) и рекуррентного депрессивного расстройства (27,5%) (таблица 1).

Таблица 1. Частота расстройств тревожно-депрессивного спектра у больных СКВ

Диагноз (МКБ-10)	СКВ (n=69)	
	n	%
РТДС текущие:		
• Дистимия	37	53,6
• Рекуррентное депрессивное расстройство	19	27,5
• Единичный депрессивный эпизод	1	1,45
• Биполярное аффективное расстройство	6	8,69
• Генерализованное тревожное расстройство	4	5,79
• Расстройство адаптации с тревожным синдромом	0	0
• Посттравматическое расстройство (сопутствующее)	2	2,89
Всего текущих РТДС	66	95,7
РТДС в ремиссии	3	4,35

Примечание: значения представлены как количество и доля в процентах по подгруппе; у 1 пациента диагностированы одновременно генерализованное тревожное расстройство и рекуррентная депрессия

В данной работе, основываясь на отечественной классификации [2], в качестве депрессивных расстройств рассматривались РТДС с доминирующим аффектом тоски или апатии. Депрессивные расстройства выявлены у 57 (82,6%) больных СКВ. Средняя длительность депрессивного расстройства составила 264,0 [138,0; 176,5] мес., у более половины 31 (54,4%) из 57 депрессия сохранялась более 20 лет.

Какие-либо жалобы при обращении к психиатру предъявили лишь 46 (80,7%) больных с депрессией. Среди жалоб доминировали неспецифические: на нарушения сна, снижение памяти или внимания, а также усталость; кроме того, больные акцентировали внимание на сопутствующей тревоге. Угнетение настроения субъективно отмечали лишь 8 (14,0%) из 57 пациентов с депрессией, ангедонию – 4 (7,02%), апатию – 7 (12,3%). В то

время как нарушения сна – 48 (84,2%) (30 (52,6%) из них предъявляли активные жалобы, 18 (31,6%) - только при целенаправленном расспросе), длительную усталость – 15 (26,3%), приступы тревоги – 2 (3,51%). Примечательно, что только четверть пациентов с депрессией жаловались на снижение памяти или внимания, в то время как в ходе экспериментально-психологического обследования эти нарушения выявились у 91,2% (рисунок 1). Головная боль напряжения определена у 16 (28,1%), зависимость от различных психоактивных веществ – у 3 (5,26%). Таким образом, нередко скрытая для пациента и врача ревматолога депрессия выявлена у большинства больных депрессией (41, 71,9%) пациентов, страдающих СКВ.

Рисунок 1. Активные жалобы больных с депрессией.



Обсуждение

Полученные данные трудно сравнивать с литературными в связи с гетерогенностью применяемых методик, т.к. в основном в исследованиях используются скрининговые шкалы или опросники. Примечательно, что частота доминирующих активных жалоб согласуется с данными литературы [3, 7], однако выявлено несоответствие не только жалоб на основные симптомы депрессии (аффективные) и объективной картины, но и на неспецифичные проявления, такие как нарушения сна, памяти или внимания. Никто из включенных пациентов не наблюдался ранее у психиатров, что согласуется с агнозией симптомов депрессии, зачастую трактующихся больными как привычных, адекватных психотравмирующей ситуации или попросту незамечаемых в силу снижения рефлексии и когнитивных нарушений. Так, врачи общего профиля не обращают должного внимания на пониженное настроение больных, их высказывания о тяжести соматического страдания или безуспешности терапии, а в ряде случаев и о безнадежности своего состояния и нежелании жить; более того, такую оценку своего состояния врачи обычно связывает с тяжестью основного заболевания. В некоторых случаях и врачи-психиатры не могут исключить ведущее влияние соматического заболевания или же склонны давать подавленному настроению больных

чисто психологическое объяснение, связывая его с дезадаптацией пациентов, трудностью диагностики и лечения соматического заболевания [10]. Таким образом, у большинства больных СКВ с депрессией определяется скрытая форма (71,9%), маскированная преимущественно тревожным синдромом и нарушениями сна, а также хронической болью в виде головной боли напряжения, реже – зависимостью от психоактивных веществ и другими соматическими симптомами.

Новизна исследования

Впервые акцентировано внимание на скрытых формах депрессии у больных СКВ

Заключение

Несмотря на высокую частоту депрессивных расстройств у больных СКВ, пациенты редко активно жалуются на сниженное настроение, тоску или апатию в силу различных факторов (многолетней продолжительности и привычного характера депрессии, отсутствия рефлексии, наличия алекситимии и когнитивных нарушений), что приводит к соматизации жалоб, затрудняет диагностику и своевременное комплексное лечение депрессивных расстройств.

Список литературы:

1. Борисова А.Б., Лисицына Т.А., Вельтищев Д.Ю., Решетняк Т.М. Психические расстройства у больных системной красной волчанкой: ассоциация с активностью и течением ревматического заболевания. Терапевтический архив. 2023;95(5):392-397 [Borisova AB, Lisitsyna TA, Veltishchev DY, Reshetnyak TM. Mental disorders in patients with systemic lupus erythematosus: association with activity and the course of rheumatic disease. Ter Arkh. 2023;95(5):392-397 (in Russ)] doi:10.26442/00403660.2023.05.202208.
2. Вертоградова ОП, Степанов ИЛ, Максимова НМ, Ваксман АВ, Диков СЮ, Кошкин КА, Моисейчева ОВ, Целищев ОВ. Клинико-патогенетические аспекты типологии депрессий. Социальная и клиническая психиатрия. 2012;22(3):5-10 [Vertogradova O. P., Stepanov I. L., Maximova N. M., Vaxman A. V., Dikov S. Yu., Koshkin K. A., Moiseycheva O. V., Tselishev O. V. Clinical and pathogenetic aspects in typology of depression. Social and clinical psychiatry. 2012;22(3):5-10 (In Russ.)].
3. Воробьева ЛД, Асеева ЕА. Значение качества жизни, связанного со здоровьем, у больных системной красной волчанкой и современные инструменты его оценки. Современная ревматология. 2017;11(4):62-72 [Vorobyeva LD, Aseeva EA. Importance of health-related quality of life and its current assessment tools in patients with systemic lupus erythematosus. Sovremennaya Revmatologiya=Modern Rheumatology Journal. 2017;11(4):62-72. (In Russ.)] doi:10/14412/1996-7012-2017-4-62-72.
4. Зейгарник БВ. Нарушения Мышления у Психически Больных.; 1958. [Zeigarnik BV. Narusheniya myshleniya u psikhicheski bol'nykh. 1958. (In Russ.)].
5. Зейгарник БВ. Патология Мышления.; 1962 [Zeigarnik BV. Patologiya myshleniya. 1962. (In Russ.)].
6. Какорина ЕП, Максимова МВ, Мишнев ОД. Использование Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10) в практике отечественной медицины. 2009 [Kakorina EP, Maksimova MV, Mishnev OD. Ispolzovanie mezhdunarodnoj statisticheskoy klassifikatsii boleznej i problem svyazannyh so zdorovem desyatogo peresmotra (МКБ-10) v praktike otechestvennoj mediciny. 2009 (In Russ.)].
7. Лисицына ТА, Вельтищев ДЮ, Краснов ВН, Насонов ЕЛ. Клинико-патогенетические взаимосвязи иммуновоспалительных ревматических заболеваний и психических расстройств. Клиническая медицина. 2014;12-20 [Lisitsina T.A., Veltishchev D.Yu., Krasnov V.N., Nasonov E.L. Clinical and pathogenetic relationships between immuno-inflammatory rheumatic diseases and psychic disorders. Clinical medicine. 2014;12-20 (in Russ.)].

8. Логинова СВ, Рубинштейн СЯ. О Применении Метода “Пиктограмм”. Для Экспериментального Исследования Мышления Психических Больных.; 1972 [Loginova CV, Rubinshtejn SYa. O primenenii metoda “piktogramm” dlja jeksperimentalnogo issledovanija myshlenija psihicheskikh bolnyh. 1972. (In Russ.)].
9. Лызлов АВ, Серавина ОФ, Ковалевская ОБ. Аффективность как структурообразующая основа антропологических пространств: философия, психология, психиатрия. Вопросы психологии. 2010;(3):65-74 [Lyzlov AV, Seravina OF, Kovalevskaja OB Affektivnost kak strukturoobrazujushhaja osnova an-tropologicheskikh prostranstv: filosofija psihologija psihiatrija. Voprosy psihologii. 2010;(3):65-74. (In Russ.)].
10. Тиганов А. С., Видманова Л. Н., Платонова Т. П. Ларвированные депрессии. Кремлевская медицина. Клинический вестник. 2001;(3)70. [Tiganov A. S., Vidmanova L. N., Platonova T. P. Larvirovannye depressii. Kremlevskaya medicina. Klinicheskij vestnik. 2001;(3)70. (in Russ.)]
11. Bertsias GK, Ioannidis JPA, Aringer M, Bollen E, Bombardieri S, Bruce IN, Cervera R, Dalakas M, Doria A, Hanly JG, Huizinga TWJ, Isenberg D, Kallenberg C, Piette JC, Schneider M, Scolding N, Smolen J, Stara A, Tassiulas I, Tektonidou M, Tincani A, Buchem MA Van, Vollenhoven R Van. EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus with neuropsychiatric manifestations: report of a task force of the EULAR standing committee for clinical affairs. 2010:2074-2082. doi:10.1136/ard.2010.130476.
12. Sleath B, Chewning B, De Vellis BM, Weinberger M, De Vellis RF, Tudor G, Beard A. Communication about depression during rheumatoid arthritis patient visits. Arthritis Care Res (Hoboken). 2008. doi:10.1002/art.23347.
13. Vadacca M, Bruni R, Terminio N, Sambataro G, Margiotta D, Serino FM aria, Afeltra A. Alexithymia, mood states and pain experience in systemic lupus erythematosus and rheumatoid arthritis. Clin Rheumatol. 2014;33(10):1443-1450. doi:10.1007/s10067-014- 2593-3.