

Justyna Wiśniowska¹, Kamilla Puławska²

Skuteczność psychoterapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu przewlekłego zmęczenia u pacjentów ze stwardnieniem rozsianym – przegląd literatury

Efficacy of cognitive-behavioural psychotherapy in the treatment of chronic fatigue in patients with multiple sclerosis – a literature review

¹ Oddział Rehabilitacji Neurologicznej, Centrum Kompleksowej Rehabilitacji Sp. z o.o., Konstancin-Jeziorna, Polska

² Indywidualna Praktyka Psychologiczna Kamilla Puławska, Wyszaków, Polska

Adres do korespondencji: Dr n. społ. Justyna Wiśniowska, ul. Puszczyka 15/64, 02-785 Warszawa, e-mail: just.wisniowska@gmail.com

Streszczenie

Zmęczenie jest jednym z najczęstszych objawów występujących w przebiegu stwardnienia rozsianego, a niefarmakologiczną metodą leczenia może być tu psychoterapia poznawczo-behawioralna. Współczesne rozumienie zmęczenia w przebiegu stwardnienia rozsianego zostało opisane w modelu poznawczo-behawioralnym autorstwa van Kessel i Moss-Morris (2006). Zakłada on, że czynnikiem spustowym są procesy zapalne i demielinizacja w obrębie ośrodkowego układu nerwowego, a czynnikami podtrzymującymi – interpretacja poznawcza, poziom lęku lub objawy depresji i zachowanie skierowane na oszczędny tryb życia. Na podstawie poznawczo-behawioralnego modelu zmęczenia w stwardnieniu rozsianym powstał protokół obejmujący 8 sesji terapeutycznych. Od ponad 10 lat trwają badania weryfikujące skuteczność psychoterapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu zmęczenia u pacjentów ze stwardnieniem rozsianym. Jak wskazują dotychczasowe wyniki, psychoterapia poznawczo-behawioralna wykazuje umiarkowany krótkoterminowy wpływ w zakresie redukcji zmęczenia, natomiast wielkość efektu w perspektywie długoterminowej jest określana jako mała. Na uzyskane rezultaty niewątpliwie wpływ miało kilka czynników: heterogeniczność stosowanych procedur, wielkość grup badawczych czy duża liczba zmiennych pośredniczących związanych z przebiegiem choroby. Dalsze kierunki badań powinny dotyczyć wyodrębnienia specyficznych komponentów odpowiedzialnych za skuteczność psychoterapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu zmęczenia i ocenę długoterminowych efektów terapii.

Słowa kluczowe: psychoterapia poznawczo-behawioralna, zmęczenie, stwardnienie rozsiane

Abstract

Fatigue is one of the most common symptoms seen in patients with multiple sclerosis. Cognitive-behavioural psychotherapy can be a non-pharmacological approach for these patients. Van Kessel and Moss-Morris developed a cognitive-behavioural model to explain multiple sclerosis-related fatigue (2006). According to this model, inflammatory and demyelinating factors present in the central nervous system trigger fatigue, while cognitive interpretation, anxiety, or depressive symptoms and resting lifestyle are maintaining factors. Based on the cognitive-behavioural model of fatigue in multiple sclerosis, a protocol encompassing 8 treatment sessions was developed. For over 10 years, studies have been conducted to verify the effectiveness of cognitive-behavioural psychotherapy in the treatment of fatigue in patients with multiple sclerosis. The so far obtained results show that cognitive-behavioural psychotherapy has a moderate short-term effect on reducing fatigue, while the effect size in the long-term is small. The obtained results were undoubtedly influenced by several factors: the heterogeneity of the procedures used, the size of the research groups, and the large number of disease-related intermediary variables. Further research should be conducted to identify specific factors responsible for the effectiveness of cognitive-behavioural psychotherapy in the treatment of fatigue and to assess the long-term effects of therapy.

Keywords: cognitive-behavioural psychotherapy, fatigue, multiple sclerosis

WPROWADZENIE

Stwardnienie rozsiane (*sclerosis multiplex*, SM) jest postępującą chorobą neurodegeneracyjną ośrodkowego układu nerwowego, która charakteryzuje się uszkodzeniami aksonów i osłonki mielinowej w komórkach nerwowych (Compston i Coles, 2008). W przebiegu SM obserwuje się wiele objawów: zaburzenia widzenia, ruchu, czucia, funkcji poznawczych i emocjonalnych, osłabienie mięśni, kłopoty z utrzymaniem równowagi, ból czy zmęczenie (Krupp, 2006). Zmęczenie to problem powszechny już na wczesnym etapie choroby, występujący u ponad 80% pacjentów w pierwszym roku od postawienia diagnozy. Pojęcie to jest trudne do zdefiniowania, jednak najczęściej opisuje się zmęczenie jako poczucie wyczerpania, braku energii fizycznej i psychicznej (Krupp *et al.*, 1988). Może ono pogłębiać trudności w funkcjonowaniu psychofizycznym osób chorujących na SM – przyczyniać się do wycofania z aktywności społecznej i zawodowej oraz nasilać problemy psychologiczne, przykładowo objawy depresji albo lęku (Leocani *et al.*, 2008).

Od ponad 10 lat badacze poszukują rozwiązań farmakologicznych i niefarmakologicznych mogących pomóc pacjentom z SM w radzeniu sobie z odczuwanym zmęczeniem. Jedną z niefarmakologicznych metod leczenia jest tu psychoterapia poznawczo-behawioralna (*cognitive-behavioural therapy*, CBT). Integruje ona poznawczy model powstawania zaburzeń psychicznych, uwzględniający występowanie charakterystycznych elementów: myśli automatycznych, schematów i zniekształceń poznawczych, z koncepcjami opartymi na procesach uczenia się opisanymi w behawiorystycznych modelach funkcjonowania psychicznego (Popiel i Pragłowska, 2008), zgodnie z którymi jednostka uczy się nieprzystosowanych zachowań na podstawie własnych doświadczeń i obserwacji.

Psychoterapia przewlekłego zmęczenia w SM bazuje na modelu poznawczym autorstwa van Kessel i Moss-Morris (2006), zakładającym integrację czynników biologicznych i psychologicznych w powstawaniu i podtrzymywaniu tego objawu. Pierwotnie to czynniki chorobowe – zapalenia w obrębie ośrodkowego układu nerwowego i demielinizacja – wywołują zmęczenie odczuwane w SM. Stopień, w jakim wpływa ono na życie codzienne i funkcjonowanie danej osoby, zależy od czynników poznawczych, emocjonalnych, behawioralnych i fizjologicznych, mogących pogłębiać lub utrwalać dezadaptacyjne strategie radzenia sobie. Początkowo negatywna interpretacja symptomów choroby („W moim ciele zachodzą nieodwracalne uszkodzenia” lub „Nie mam wpływu na zmęczenie”) skutkuje nasileniem lęku albo symptomów depresji, przez co pacjent zaczyna ograniczać swoją aktywność i poświęcać więcej czasu na odpoczynek. Negatywna interpretacja pogarszającej się kondycji psychofizycznej pogłębia trudności emocjonalne i powoduje dalsze wycofanie z aktywności, co przyczynia się do gorszej jakości snu, zwiększenia pobudzenia psychofizycznego i spadku ogólnego poziomu funkcjonowania. Pogorszenie kondycji

stażę źródłem jeszcze większego zmęczenia, to zaś prowadzi do kolejnych ograniczeń aktywności w mechanizmie błędnego koła. Rozumienie zmęczenia zgodnie z modelem van Kessel i Moss-Morris (2006) pozwoliło na utworzenie protokołów terapeutycznych i opracowanie specjalnych procedur leczenia (van Kessel *et al.*, 2008). Protokół obejmuje zazwyczaj 8 sesji terapeutycznych, uwzględniających psychoedukację opartą na modelu van Kessel i Moss-Morris (2006), monitorowanie dziennej aktywności (poziomu zmęczenia i energii, wzorców odpoczynku, planowania działań), poprawę jakości snu, identyfikację i modyfikację negatywnych wzorców myślenia, trening radzenia sobie ze stresem, poszukiwanie wsparcia społecznego i sposoby radzenia sobie. Celem niniejszej pracy jest przybliżenie aktualnego stanu wiedzy na temat skuteczności CBT w leczeniu przewlekłego zmęczenia u pacjentów z SM.

BADANIA NAD SKUTECZNOŚCIĄ CBT W LECZENIU PRZEWLEKŁEGO ZMĘCZENIA U PACJENTÓW Z SM

Od ponad dekady badacze starają się zweryfikować skuteczność protokołu van Kessel i Moss-Morris (2006) w terapii zmęczenia u osób z SM. Poniżej przedstawiono wyniki najważniejszych prac badawczych z lat 2008–2017 spełniających kryterium badania randomizowanego z grupą kontrolną (*randomised controlled trial*, RCT).

Van den Akker i wsp. (2016) przeprowadzili metaanalizę i wyselekcjonowali 7 prac na temat leczenia zmęczenia w przebiegu SM za pomocą CBT. Uzyskane wyniki opierają się na analizie danych 403 pacjentów (193 osoby – warunki eksperymentalne, zazwyczaj CBT; 210 osób – warunki kontrolne). Poniżej omówiono wyniki każdej z prac wyselekcjonowanych przez van den Akker i wsp. (2016).

Badanie autorstwa van Kessel i wsp. (2008) dotyczyło grupy 35 osób z SM (średnia wieku 42,9 roku). Sesje CBT były prowadzone przez psychologów klinicznych i odbywały się indywidualnie, częściowo twarzą w twarz, a częściowo – telefonicznie. Program terapeutyczny trwał 8 tygodni, każda z sesji – 50 minut. Wyniki porównywano z grupą kontrolną 37 pacjentów z SM (średnia wieku 47 lat), którzy odbywali trening relaksacyjny, również prowadzony przez psychologów klinicznych. Efekty mierzone za pomocą kwestionariuszy badających poziom zmęczenia oraz nasilenie objawów lęku, depresji i stresu. Pomiarów dokonywano przed rozpoczęciem terapii, po zakończeniu całego programu oraz 5 i 8 miesięcy później. Wyniki wskazują na to, że obie interwencje – zarówno CBT, jak i trening relaksacyjny – przyczyniły się do spadku poziomu subiektywnie odczuwanego zmęczenia. Siła efektu w grupie CBT została opisana jako większa niż w grupie kontrolnej. Niższe wyniki w skalach zmęczenia utrzymywały się nawet przez 6 miesięcy po interwencji.

Płow i wsp. (2009) przeprowadzili badanie w grupie 20 osób chorujących na SM (średnia wieku 48,5 roku), które poddano interwencji z wykorzystaniem elementów CBT. W programie

oddziaływań terapeutycznych ujęto edukację na temat aktywności fizycznej oraz trening wyznaczania celów i monitorowania poziomu energii. Terapia była prowadzona w formie grupowej i trwała 7 tygodni, a każde ze spotkań – 120 minut. Grupa kontrolna liczyła 22 pacjentów z SM (średnia wieku 48,5 roku), którzy uczestniczyli w indywidualnej fizjoterapii. Zarówno przed psychoterapią/fizjoterapią, jak i po zakończeniu interwencji wszyscy uczestnicy wypełniali kwestionariusze mierzące poziom deklarowanego dobrostanu psychicznego, zmęczenia i aktywności w życiu codziennym. Dodatkowo monitorowano fizyczne wskaźniki wydolności organizmu (tętno i inne). Mierzono również efekty długoterminowe – po 4 miesiącach od ukończenia interwencji. Wyniki drugiego pomiaru wskazują na poprawę w zakresie dobrostanu psychicznego, aktywności i deklarowanego zmęczenia w grupie poddanej terapii z wykorzystaniem elementów CBT. W grupie kontrolnej nie odnotowano poprawy wskaźników dobrostanu psychicznego, aktywności i zmęczenia. Nie zaobserwowano długoterminowych efektów oddziaływań.

Badanie Moss-Morris i wsp. (2012) dotyczyło grupy 23 osób z SM (średnia wieku 40,1 roku). Program terapeutyczny trwał 8 tygodni i obejmował 25–50-minutowe sesje prowadzone telefonicznie lub za pomocą komunikatorów internetowych przez asystentów psychologów (przeszkolony personel medyczny), którzy odbyli 5-godzinny trening i pozostawali pod superwizją. Wyniki były porównywane z rezultatami 17 osób z SM, tworzących grupę kontrolną (średnia wieku 41,8 roku), które w okresie między dwoma pomiarami nie uczestniczyły w żadnej terapii. Kwestionariusze oceniające poziom zmęczenia i stresu oraz skale depresji i lęku badani wypełniali przed rozpoczęciem terapii, a następnie po 2,5 miesiąca od pierwszego pomiaru. W grupie poddanej CBT stwierdzono zmniejszenie deklarowanego zmęczenia w drugim pomiarze w porównaniu z pierwszym, w grupie kontrolnej nie odnotowano istotnej zmiany.

Dwie kolejne prace – autorstwa Thomas i wsp. (2013) oraz Thomasa i wsp. (2014) – opisują badanie z udziałem 84 pacjentów z diagnozą SM (średnia wieku 48 lat) poddanych 6-tygodniowej CBT. Indywidualne sesje terapeutyczne trwały po 90 minut, odbywały się twarzą w twarz i były prowadzone przez profesjonalistów w zakresie zdrowia pracujących z osobami z SM. Grupa kontrolna nie brała udziału w żadnej formie terapii. Przed przystąpieniem do badania uczestnicy wypełniali kwestionariusze mierzące poziom zmęczenia oraz nasilenie symptomów lęku i depresji, a także skale jakości życia. Ponowne pomiary przeprowadzono w odstępie 2,5 miesiąca, 5,5 miesiąca i 12 miesięcy. W grupie badanej w porównaniu z grupą kontrolną stwierdzono spadek liczby punktów w skalach zmęczenia i wzrost deklarowanego poczucia własnej skuteczności w działaniu. Poprawa była obserwowana również po 12 miesiącach, jednak autorzy wskazują na niewielki efekt programu terapeutycznego w dłuższej perspektywie.

Ehde i wsp. (2015) porównali grupę 75 osób ze zdiagnozowanym SM (średnia wieku 51 lat) z grupą 88 pacjentów (średnia wieku 53,2 roku) z grupy kontrolnej. Grupa eksperymentalna uczestniczyła w 8-tygodniowym programie terapeutycznym,

każda sesja trwała 45–60 minut. Rozmowy terapeutyczne, prowadzone przez pracowników socjalnych i doktorów psychologii, odbywały się przez telefon. Grupa kontrolna uczestniczyła w rozmowach telefonicznych na temat symptomów choroby. Mierzono poziom deklarowanego zmęczenia, nasilenie bólu, objawy depresji, poczucie skuteczności, poziom aktywności i satysfakcji z własnych ról społecznych, a także odporność psychiczną. Pomiarów dokonywano przed interwencją terapeutyczną, po ukończeniu programu oraz 6 i 12 miesięcy później. Wyniki wskazują na korzyści płynące z obu form oddziaływań. Zarówno w grupie biorącej udział w CBT, jak i w grupie kontrolnej odnotowano istotne zmniejszenie deklarowanego zmęczenia – nie tylko tuż po ukończeniu programu terapeutycznego lub edukacyjnego, ale również w perspektywie długoterminowej.

Badanie van Kessel i wsp. (2016) dotyczyło grupy 19 pacjentów z SM (średnia wieku 43 lata), którzy uczestniczyli w 8-tygodniowym programie terapeutycznym. Sesje trwały 25–50 minut i były prowadzone drogą internetową i telefonicznie przez psychologów klinicznych mających doświadczenie w CBT. Dodatkowo raz w tygodniu pacjenci otrzymywali mailem informacje edukacyjne na temat objawów choroby. Uzyskane wyniki porównano z wynikami grupy kontrolnej, złożonej z 20 chorych (średnia wieku 45,7 roku), którzy uczestniczyli w takim samym programie terapeutycznym jak grupa eksperymentalna, ale nie dostawali maili z informacjami o symptomach. Przed interwencją i po niej mierzono poziom odczuwanego zmęczenia oraz nasilenie objawów lęku i depresji. Podczas drugiego pomiaru jedynie osoby z grupy kontrolnej deklarowały zmniejszenie zmęczenia. W żadnej z grup nie odnotowano wpływu interwencji terapeutycznej na nasilenie objawów lęku i depresji.

W badaniu van den Akker i wsp. (2017) wzięło udział 91 chorych z SM, losowo przydzielonych do grupy eksperymentalnej (44 osoby, średnia wieku 50,6 roku) i kontrolnej (47 osób, średnia wieku 46,4 roku). Grupa eksperymentalna odbyła w ciągu 4 miesięcy 12 indywidualnych sesji CBT twarzą w twarz, trwających 45 minut każda. Sesje prowadzili certyfikowani psycholodzy kliniczni mający doświadczenie w CBT. Dla grupy kontrolnej przewidziano 3 konsultacje edukacyjne z pielęgniarką, również trwające po 45 minut. Wszyscy uczestnicy wypełniali skalę zmęczenia i kwestionariusz mierzący poziom zaangażowania społecznego – najpierw przed interwencją, a następnie po 8 i 16 tygodniach. Efekty długoterminowe badano po 26 i 52 tygodniach od pierwszego pomiaru. W grupie eksperymentalnej odnotowano znaczącą krótkoterminową poprawę w porównaniu z grupą kontrolną, w której nie stwierdzono zmiany poziomu zmęczenia i aktywności społecznej. W żadnej z grup nie wykazano długoterminowego wpływu interwencji na spadek wskaźników zmęczenia i wzrost aktywności społecznej.

AKTUALNE PROJEKTY BADAWCZE

Projekty badawcze autorstwa Kratz i wsp. (2019) oraz Honiet-de Gier i wsp. (2020) są próbą uzupełnienia luk

w dotychczasowej literaturze. Autorzy zajmują się specyficznymi oddziaływaniami wpływającymi na skuteczność CBT w leczeniu zmęczenia i możliwościami łączenia CBT z farmakoterapią. Wyniki nie zostały jeszcze opublikowane, dostępny jest natomiast szczegółowy opis protokołów badawczych.

Badanie Kratz i wsp. (2019) obejmie 330 pacjentów z SM, losowo przydzielonych do 3 grup. Jedna z grup będzie uczestniczyć w interwencji CBT (110 osób), druga – przyjmować modafinil, czyli lek o działaniu stymulującym (110 osób), a trzecia zostanie poddana terapii skojarzonej (CBT plus modafinil) (110 osób). Pacjenci wezmą udział w 12 telefonicznych sesjach terapeutycznych (1 sesja w tygodniu), prowadzonych przez certyfikowanych psychoterapeutów poznawczo-behawioralnych. Badani uczestniczący w interwencjach farmakologicznych będą otrzymywać 100–200 mg modafinilu. We wszystkich grupach autorzy zamierzają kontrolować nasilenie zmęczenia i depresji, jakość snu oraz objawy związane z SM – najpierw przed badaniem, a później w odstępie 8, 12 i 24 tygodni od pierwszego pomiaru. Badacze zakładają, że w grupie terapii skojarzonej uda się uzyskać największy efekt w zakresie redukcji deklarowanego zmęczenia oraz poprawy wskaźników depresji i jakości snu w perspektywie krótko- i długoterminowej. Projekt Houniet-de Gier i wsp. (2020) zakłada zbadanie skuteczności 2 protokołów terapeutycznych opartych na założeniach CBT w leczeniu zmęczenia. Jak podają autorzy, 166 pacjentów z SM deklarujących chroniczne zmęczenie zostanie losowo dobranych do 2 grup eksperymentalnych: 1) interwencja CBT prowadzona twarzą w twarz, oparta na protokole 12 sesji, 2) mieszana interwencja CBT – 2 sesje (pierwsza i ostatnia) prowadzone twarzą w twarz, reszta sesji w formie wideokonsultacji. W obu przypadkach sesje z certyfikowanymi psychoterapeutami poznawczo-behawioralnymi będą trwać po 45 minut. Autorzy chcą zmierzyć nasilenie zmęczenia, bólu, objawów depresji, przekonań dotyczących choroby i lęku przed chorobą oraz poczucie własnej skuteczności i poszukiwanie wsparcia społecznego. Zaplanowano 4 pomiary: przed interwencją oraz po 20, 39 i 52 tygodniach od pierwszego badania. Dodatkowo po ukończeniu terapii pacjenci z każdej grupy zostaną podzieleni na 2 podgrupy: eksperymentalną i kontrolną – w pierwszej odbędą się 2 sesje o charakterze przypominającym i utrwalającym efekty, w drugiej nie będzie prowadzone żadne oddziaływanie. Projekt pozwoli ocenić efekty terapii tradycyjnej, czyli twarzą w twarz, i terapii w formie internetowej, a także wpływ sesji przypominających (profilaktyki nawrotów) na utrzymywanie się efektów długoterminowych.

OMÓWIENIE

W metaanalizie van den Akker i wsp. (2016) oraz w badaniu van den Akker i wsp. (2017) odnotowano umiarkowany wpływ CBT na deklarowane zmęczenie w perspektywie krótkoterminowej. Jednocześnie wyniki wskazują na niewielki długoterminowy efekt oddziaływań. Na uwagę

zasługuje kilka kwestii, które mogły wpłynąć na rezultaty prezentowanych wyżej badań i formułowane wnioski.

Pierwszym aspektem jest znaczna heterogeniczność oddziaływań terapeutycznych określanych przez autorów jako CBT. Różnorodność stosowanych procedur dotyczy zarówno formy kontaktu (telefoniczny, za pomocą komunikatorów internetowych, twarzą w twarz lub mieszany), jak i długości sesji, trwających od 25 do 90 minut. Porównywano wyniki terapii prowadzonej indywidualnie (6 badań) i grupowo (1 badanie). Płow i wsp. (2009) podkreślają, że analizowana przez nich interwencja terapeutyczna zawierała elementy CBT – najprawdopodobniej mają tu na myśli trening wyznaczania celów oraz monitorowania poziomu energii i zmęczenia. Brak standaryzacji protokołu terapeutycznego w przytoczonych pracach odnosi się także do pewnej dowolności w dobieraniu komponentów CBT i kolejności stosowanych procedur. Przykładowo w badaniach van Kessel i wsp. (2008) oraz Moss-Morris i wsp. (2012) pierwsze 2 spotkania poświęcano edukacji na temat objawów zmęczenia i monitorowaniu poziomu energii, natomiast w pracy Ehde i wsp. (2015) pierwsze 2 sesje dotyczyły treningu wyznaczania celów, a monitorowanie zmęczenia wprowadzano na sesji czwartej. Wykorzystywano ponadto różne metody oceny oddziaływań terapeutycznych. W niektórych badaniach (np. van Kessel *et al.*, 2016) użyto zaledwie 2 skal badających poziom zmęczenia oraz 1 skali służącej do oceny nasilenia objawów lęku i depresji, podczas gdy w innych (np. Thomas *et al.*, 2014; Thomas *et al.*, 2013) sięgnięto po 8 kwestionariuszy, oceniających także poziom aktywności fizycznej czy deklarowaną jakość życia. Tak duża różnorodność procedur ogranicza możliwości wnioskowania i nie pozwala wskazać, które komponenty interwencji okazały się skuteczne i dlaczego.

Nie bez znaczenia wydaje się również wielkość grup eksperymentalnych i kontrolnych – niekiedy były one dość małe i liczyły około 20 osób (np. van Kessel *et al.*, 2016; Moss-Morris *et al.*, 2012; Płow *et al.*, 2009); w pracy Moss-Morris i wsp. (2012) grupa kontrolna składała się z zaledwie 17 chorych. W rezultacie trudno jest wnioskować o skuteczności oddziaływań w odniesieniu do całej grupy pacjentów z SM – konkluzje z badań ograniczają się do osób poddanych interwencji zaproponowanej w konkretnej pracy.

Kolejny aspekt to porównywanie wyników grup eksperymentalnych i kontrolnych oraz rodzaje interwencji stosowanych w grupach kontrolnych. W niektórych badaniach grupa kontrolna poddawana była treningowi relaksacyjnemu (van Kessel *et al.*, 2008), czasami nie uczestniczyła w żadnej formie terapii (np. Thomas *et al.*, 2014; Thomas *et al.*, 2013) lub odbywała prawie identyczną terapię jak grupa eksperymentalna. W badaniu van Kessel i wsp. (2016) grupa eksperymentalna w porównaniu z kontrolną otrzymywała jedynie dodatkową informację mailową na temat objawów SM – reszta oddziaływań była analogiczna. W opisanej sytuacji trudno o możliwość pełnego wnioskowania co do skuteczności oddziaływań terapeutycznych. W badaniu van Kessel i wsp. (2008) trening relaksacyjny – stosowany w grupie

kontrolnej – także okazał się efektywny. Wskazuje to na konieczność prowadzenia dalszych badań w wystandaryzowanych warunkach, które pozwolą odpowiedzieć na pytanie, jakie specyficzne elementy CBT mogą wpływać na deklarowane zmniejszenie zmęczenia.

Ostatnimi aspektami wartymi uwagi są charakterystyka przebiegu SM i heterogeniczność grup badanych. Różnorodność objawów SM przekłada się na zróżnicowaną liczbę przebytych rzutów i hospitalizacji oraz wpływa na częstotliwość poddawania się zabiegom i procedurom medycznym, ponadto chorzy mają różny dostęp do fizjoterapeuty i psychologa. W przytoczonych badaniach nie kontrolowano też poziomu funkcjonowania poznawczego i motorycznego uczestników na etapie pomiarów kwestionariuszowych. Wnioskowanie o długoterminowych efektach interwencji terapeutycznych jest zatem ograniczone przez występowanie wielu zmiennych pośredniczących związanych ze stanem zdrowia osób badanych.

WNIOSKI

Wyniki dotychczasowych badań wskazują na umiarkowaną skuteczność CBT w leczeniu zmęczenia u pacjentów z SM w perspektywie krótkoterminowej (van den Akker *et al.*, 2017, 2016). Jednocześnie aktualne dane świadczą o niewielkiej długoterminowej skuteczności terapii.

W dalszych badaniach powinno się położyć większy nacisk na standaryzację procedur dotyczących formy kontaktu, oddziaływań terapeutycznych zgodnych z protokołem i długości trwania sesji. Dla określenia komponentów mających wpływ na deklarowane zmniejszenie zmęczenia szczególnie ważne byłoby porównanie efektywności wystandaryzowanej CBT z efektywnością oddziaływań mieszanych, samego treningu umiejętności, psychoedukacji lub terapii kombinowanej z uwzględnieniem farmakoterapii. Warte uwagi są również badania weryfikujące długoterminową skuteczność CBT, w których kontroluje się zmienne związane z przebiegiem choroby u osób badanych.

Konflikt interesów

Autorki nie zgłaszają żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.

Piśmiennictwo

- van den Akker LE, Beckerman H, Collette EH et al.: Cognitive behavioral therapy positively affects fatigue in patients with multiple sclerosis: results of a randomized controlled trial. *Mult Scler* 2017; 23: 1542–1553.
- van den Akker LE, Beckerman H, Collette EH et al.: Effectiveness of cognitive behavioral therapy for the treatment of fatigue in patients with multiple sclerosis: a systematic review and meta-analysis. *J Psychosom Res* 2016; 90: 33–42.
- Compston A, Coles A: Multiple sclerosis. *Lancet* 2008; 372: 1502–1517.
- Ehde DM, Elzea JL, Verrall AM et al.: Efficacy of a telephone-delivered self-management intervention for persons with multiple sclerosis: a randomized controlled trial with a one-year follow-up. *Arch Phys Med Rehabil* 2015; 96: 1945–1958.e2.
- Houniet-de Gier M, Beckerman H, van Vliet K et al.: Testing non-inferiority of blended versus face-to-face cognitive behavioural therapy for severe fatigue in patients with multiple sclerosis and the effectiveness of blended booster sessions aimed at improving long-term outcome following both therapies: study protocol for two observer-blinded randomized clinical trials. *Trials* 2020; 21: 98.
- van Kessel K, Moss-Morris R: Understanding multiple sclerosis fatigue: A synthesis of biological and psychological factors. *J Psychosom Res* 2006; 61: 583–585.
- van Kessel K, Moss-Morris R, Willoughby E et al.: A randomized controlled trial of cognitive behavior therapy for multiple sclerosis fatigue. *Psychosom Med* 2008; 70: 205–213.
- van Kessel K, Woudes T, Moss-Morris R: A New Zealand pilot randomized controlled trial of a web-based interactive self-management programme (MSInvigor8) with and without email support for the treatment of multiple sclerosis fatigue. *Clin Rehabil* 2016; 30: 454–462.
- Kratz AL, Alschuler KN, Ehde DM et al.: A randomized pragmatic trial of telephone-delivered cognitive behavioral-therapy, modafinil, and combination therapy of both for fatigue in multiple sclerosis: the design of the “COMBO-MS” trial. *Contemp Clin Trials* 2019; 84: 105821.
- Krupp L: Fatigue is intrinsic to multiple sclerosis (MS) and is the most commonly reported symptom of the disease. *Mult Scler* 2006; 12: 367–368.
- Krupp LB, Alvarez LA, LaRocca NG et al.: Fatigue in multiple sclerosis. *Arch Neurol* 1988; 45: 435–437.
- Leocani L, Colombo B, Comi G: Physiopathology of fatigue in multiple sclerosis. *Neurol Sci* 2008; 29 Suppl 2: S241–S243.
- Moss-Morris R, McCrone P, Yardley L et al.: A pilot randomised controlled trial of an Internet-based cognitive behavioural therapy self-management programme (MS Invigor8) for multiple sclerosis fatigue. *Behav Res Ther* 2012; 50: 415–421.
- Plow MA, Mathiowetz V, Lowe DA: Comparing individualized rehabilitation to a group wellness intervention for persons with multiple sclerosis. *Am J Health Promot* 2009; 24: 23–26.
- Popiel A, Prąglowska E: *Psychoterapia poznawczo-behavioralna. Teoria i praktyka*. Wydawnictwo Paradygmat, Warszawa 2008.
- Thomas PW, Thomas S, Kersten P et al.: One year follow-up of a pragmatic multi-centre randomised controlled trial of a group-based fatigue management programme (FACETS) for people with multiple sclerosis. *BMC Neurol* 2014; 14: 109.
- Thomas S, Thomas PW, Kersten P et al.: A pragmatic parallel arm multi-centre randomised controlled trial to assess the effectiveness and cost-effectiveness of a group-based fatigue management programme (FACETS) for people with multiple sclerosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2013; 84: 1092–1099.