

Olga Dembska

## TERAPIA POZNAWCZO-BEHAWIORALNA W LECZENIU OBJAWÓW NIETYJAŚNIONYCH MEDYCZNIE. SKUTECZNOŚĆ I METODY POSTĘPOWANIA

### COGNITIVE-BEHAVIOURAL THERAPY FOR MEDICALLY UNEXPLAINED SYMPTOMS. EFFICACY AND PROCEDURES

Centrum Terapii Poznawczo-Behawioralnej OD NOWA we Wrocławiu

**medically unexplained symptoms  
Cognitive–Behavioural Therapy  
psychosomatic disorders**

*Autorka uszczegóławia termin „objawy niewyjaśnione medycznie” zaliczając do niego wiele zespołów nerwicowych oraz funkcjonalne zespoły somatyczne. Dostrzegając jego negatywny wpływ w odbiorze pacjentów, proponuje wprowadzenie holistycznej perspektywy modelu biopsychosocjalnego. Artykuł zawiera uszczegółowienia kilku częściej pojawiających się w praktyce rozpoznań, jak: zespół jelita drażliwego, zespół przewlekłego zmęczenia czy fibromialgia z zaleceniami leczenia z użyciem CBT oraz farmakoterapii.*

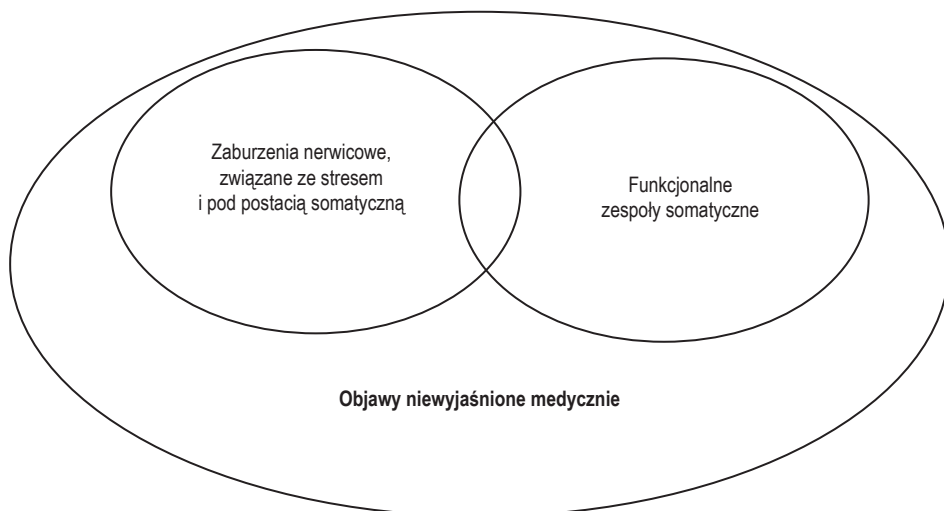
#### Summary

People experiencing somatic symptoms for which there is no medical explanation constitute up to approx. 20% of the population. The lack of data concerning etiology of ailments such as chronic fatigue or headaches, back pain and stomach-ache, impede diagnostics and treatment. There is no clear terminology referring to the described ailments. Despite many ambiguities, numerous clinical trials bring about increasingly extensive data concerning treatment which results in implementation of standards of conduct in diagnostics and treatment. Many of them indicate high efficiency of cognitive behavioural therapy in selected sets of symptoms. It is a type of psychotherapy in which the impact of cognitive processes and the manner of thinking on emotional functioning is given significant meaning. This therapy applies techniques of changing behaviours and maladaptive beliefs, aiming at better management of stress and difficult emotions. This elaboration arranges data concerning research on cognitive behavioural therapy in treating patients with the MUS syndrome, i.e. medically unexplained symptoms. Reviews of research and recommendations of organizations involved in improvement of health care, such as NICE, were used. Examples of medically unexplained symptoms which have been most extensively studied were discussed such as chronic fatigue syndrome, irritable bowel syndrome and fibromyalgia. Also, the manner of understanding and therapy methods of the listed diseases were presented. Final conclusions consider implementation of the collected data in clinical practice. They highlight the essence of cooperation between health care specialists for complex treatment of patients with medically unexplained symptoms.

### Objawy niewyjaśnione medycznie

„Objawy niewyjaśnione medycznie”, określane też „zespołem MUS”, to odpowiednik angielskiego terminu *medically unexplained symptoms*. W ostatnich latach jest on coraz częściej używany w celu określania dolegliwości somatycznych, dla których nie udaje się znaleźć przyczyn w nieprawidłowym funkcjonowaniu organizmu. Wyniki przeprowadzonych badań diagnostycznych nie wykazują odchyleń od normy lub też nie uzasadniają nasilenia odczuwanych doznań. Do najczęstszych tego typu skarg należą: bóle mięśni, głowy, stawów, brzucha, klatki piersiowej oraz zmęczenie, mdłości, zawroty głowy [1].

Zespół MUS to szeroka grupa schorzeń, określanych również jako: zaburzenia psychosomatyczne, objawy związane ze stresem, choroby czynnościowe, somatyzacja. W klasyfikacji ICD-10 są określane m.in. jako „zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną” (kategorie F40-48 w ICD-10) oraz funkcjonalne zespoły somatyczne, takie jak zespół jelita drażliwego (K58) czy fibromialgia (M79.7).



Rysunek 1. Diagram obrazujący zakres pojęć określanych przez termin „objawy niewyjaśnione medycznie” zaproponowany przez zespół Francisa Creeda [2].

W tabeli 1 przedstawiono przykładowe symptomy i syndromy z podziałem na różne dziedziny medycyny. Zestawienie obrazuje, że objawy mogą dotyczyć różnych układów w organizmie, a pacjenci, którzy ich doświadczają, zgłaszają się do lekarzy wielu specjalności w poszukiwaniu odpowiedniego leczenia.

Stosowanie terminu „zespół MUS” prawdopodobnie jest tymczasowe ze względu na jego znaczne ograniczenia. Zaletą tego określenia jest jasna informacja, że wykluczono u pacjenta występowanie chorób somatycznych, co może przynieść mu pewną ulgę. Badania wskazują jednak, że pacjenci oczekują tzw. diagnozy pozytywnej, która nazwie ich

chorobę, a nie tylko określi na co nie chorują, jak jest w omawianym przypadku. Może to odbierać nadzieję na wyleczenie, stwarza też wrażenie, jakoby choroby dzieliły się na psychiczne i somatyczne. We współczesnej medycynie często odchodzi się od tego podziału na rzecz perspektyw holistycznych i modeli biopsychospołecznych [3].

Wyrazem bardziej całościowego ujmowania zdrowia i choroby może być zmiana w klasyfikacji *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) z „Zaburzeń somatoformicznych” w DSM-IV-TR [4] na „Zaburzenia z objawami somatycznymi i inne z nimi związane” w DSM-V [5]. Do tej grupy przeniesiono również „Zaburzenie z lękiem o stan zdrowia (hipochondryczne)” oraz utworzono nową kategorię o nazwie „Czynniki psychiczne wpływające na inny stan ogólnomedyczny”. W związku z niejednoznacznością zarówno w zakresie terminologii, jak i diagnostyki Światowa Organizacja Zdrowia proponuje stosowanie terminu: „zespół fizycznej reakcji wobec stresu” (*bodily distress*). Nazwa ta jest też obecna w ICD-11 Primary Health Care dla potrzeb lekarzy rodzinnych [6].

Tabela 1. Wybór zespołów i objawów z podziałem na dziedziny medycyny [2].

Dziedzina medycyny	Funkcjonalny zespół somatyczny
Gastroenterologia	Zespół jelita drażliwego
Ginekologia	Zespół napięcia przedmiesiączkowego, chroniczny ból miednicy
Reumatologia	Fibromialgia, chroniczny ból dolnej części pleców
Kardiologia	Bóle klatki piersiowej pochodzenia niekardiogennego
Pulmonologia	Zespół hiperwentylacji
Choroby zakaźne	Zespół przewlekłego zmęczenia
Neurologia	Napięciowe bóle głowy, psychogenne napady rzekomopadaczkowe
Stomatologia	Zespół bólowo-dysfunkcyjny stawu skroniowo-żuchwowego, atypowy ból w okolicy twarzy
Laryngologia	Kula gardłowa (globus hystericus)
Alergologia	Zespół chemicznej nadwrażliwości
Ortopedia	Uraz biczowy odcinka szyjnego kręgosłupa (whiplash)
Anestezjologia	Chroniczny ból
Psychiatria	Zaburzenia somatyzacyjne, neurastenia, konwersja

W związku z licznymi ograniczeniami aktualnej terminologii nie zaleca się używania określenia „zespół MUS” w kontakcie z pacjentami, a w zamian proponuje się stawianie bardziej konkretnej diagnozy zespołu objawów, co w wybranych, lepiej poznanych schorzeniach jest możliwe w oparciu o klasyfikację ICD-10 [7]. Badania różnicowe wskazują też, że mimo iż z zespołem MUS często współwystępują zaburzenia depresyjne i lękowe, to stanowią one odrębne jednostki chorobowe. Wyniki innych badań sugerują, że objawów nie wytłumaczonych medycznie nie można z biegiem czasu zdiagnozować jako inną jednostkę chorobową [2].

Mimo braku spójnej i akceptowalnej powszechnie terminologii dane epidemiologiczne wskazują na sporą grupę pacjentów z zespołem MUS, którzy zgłaszając się ze swoimi

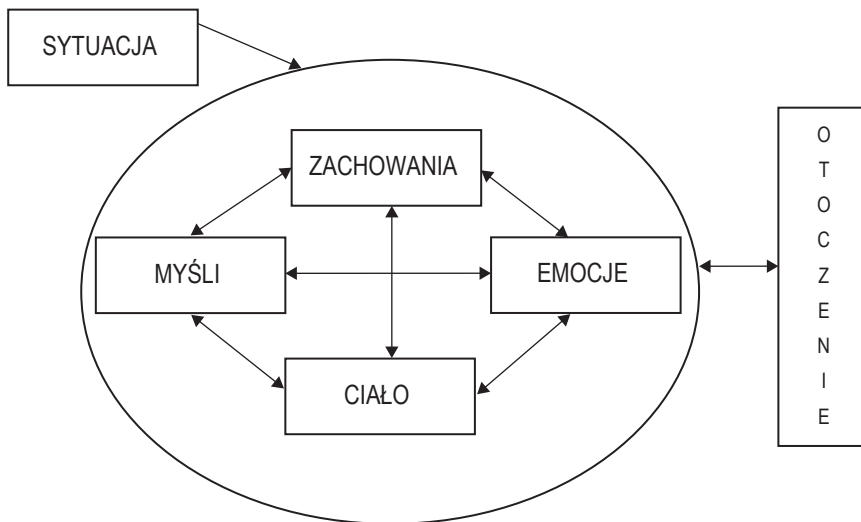
dolegliwościami mają nadzieję na uzyskanie skutecznego leczenia. Stanowią oni około 15–19% pacjentów szukających pomocy w ośrodkach podstawowej opieki zdrowotnej i 30–53% w opiece specjalistycznej [2]. Na szczęście brak danych na temat etiopatogenezy objawów nie wyjaśnionych medycznie nie oznacza braku możliwości ich leczenia.

### Standardy postępowania w zespole MUS

Można zaobserwować coraz większe zainteresowanie badaczy i klinicystów szukaniem odpowiedzi na problemy pacjentów z zespołem MUS i dążeniem do doskonalenia opieki zdrowotnej nad nimi. W krajach europejskich, m.in. Wielkiej Brytanii, Holandii, Niemczech, opracowano procedury w oparciu o dane z licznych badań klinicznych, które proponują, w jaki sposób leczyć tę grupę pacjentów. W zaleceniach brytyjskich [7] znajdziemy strategię postępowania dla lekarzy rodzinnych. W fazie wstępnej podkreśla się w nich rolę formułowania diagnozy, uwzględniając w tym również przekonania pacjenta na temat objawów. Zaleca się także edukowanie na temat roli czynników biopsychospołecznych w podtrzymywaniu choroby, co szczegółowo przedstawiono w zaleceniach przygotowanych przez holenderski National Healthcare Group [8]. Podkreśla się również znaczenie relacji lekarz — pacjent w skutecznym leczeniu pacjentów z MUS. Kolejne kroki postępowania określone są indywidualnie w oparciu o stopień zaawansowania choroby. Zalecenia zawierają szczegółowe kryteria biopsychospołeczne do oceny nasilenia dolegliwości, której dokonuje zwykle lekarz prowadzący. W przebiegu łagodnym zazwyczaj całościową opiekę nad pacjentem może sprawować lekarz rodzinny. W objawach umiarkowanych zaleca się skierowanie pacjenta na terapię poznawczo-behawioralną. W przebiegu ciężkim sugeruje się leczenie wielospecjalistyczne prowadzone przez zespół, w którym jeden ze specjalistów pełni rolę nadzorującą nad pozostałymi. Takie ujęcie wymaga komunikacji między specjalistami i wzajemnego uzupełniania się różnych form leczenia problemu pacjenta i często łączenia opieki medycznej z psychologiczną.

### Terapia poznawczo-behawioralna jako metoda *evidence based*

Terapia poznawczo-behawioralna (ang. *cognitive-behavioural therapy*, CBT) to nurt psychoterapii rozwijający się bardzo intensywnie od okresu dwudziestolecia międzywojennego. Przechodził ewolucję od behawioryzmu poprzez terapię poznawczą, aż stał się całą grupą terapii poznawczo-behawioralnych obejmując m.in. terapię uważności (ang. *mindfulness*) czy terapię akceptacji i zaangażowania. U podstaw koncepcji stoi założenie, że reakcja człowieka na daną sytuację jest zdeterminowana przez to, co pomyśli on o danym wydarzeniu, czyli jakie znaczenie mu nada. W zależności od tego, jak postrzega się daną sytuację, pojawiają się adekwatne do nadanego znaczenia reakcje emocjonalne i zachowania [9]. Przykładowo, jeśli biegnącego w naszym kierunku człowieka uznamy za niebezpiecznego, poczujemy strach i możemy zacząć uciekać. Jeśli natomiast uznamy, że ta osoba biegnie, bo spieszy się na autobus, będziemy spokojnie kontynuować to, co robiliśmy, zanim ją zobaczyliśmy. Na rysunku 2 przedstawiono podstawowy model rozumienia funkcjonowania psychicznego w tym ujęciu. Za jego pomocą terapeuta poznawczo-behawioralny wspólnie z pacjentem porządkują składowe problemu z podziałem na pięć elementów: myśli, emocji, zachowań, reakcji fizjologicznych oraz środowiskowych.



Rysunek 2. Model poznawczo-behawioralny [9].

Schemat przedstawia istniejące zależności między sferą somatyczną, psychiczną (myśleniem, emocjami i zachowaniem) oraz otoczeniem jednostki. Taka perspektywa odpowiada biopsychospołecznemu modelowi zdrowia i choroby [10]. Jednym z najważniejszych odkryć w CBT jest teoria specyfiki poznawczej zaburzeń psychicznych. Zakłada ona, że danym zaburzeniom, np. depresji czy lękowi napadowemu, towarzyszy określony sposób myślenia. To umożliwiło tworzenie modeli specyficznych dla różnych zaburzeń psychicznych i dostosowanie do nich metod terapeutycznych. Wśród najczęściej stosowanych technik terapeutycznych znajduje się psychoedukacja, czyli dostarczanie wiedzy nt. emocji, fizjologii i zależności między odczuwaniem, sposobem myślenia i zachowaniem. Następnie wykorzystuje się tzw. restrukturyzację poznawczą, czyli techniki, takie jak dyskusja z myślami, które mają na celu uzyskanie bardziej racjonalnego, obiektywnego spojrzenia na sytuację. Stosuje się także techniki behawioralne, np. zwiększanie aktywności oraz ćwiczenia relaksacyjne [9].

Jasno określone czynniki chorobowe w zaburzeniach psychicznych, czyli konkretne schematy myślenia i zachowania, oraz dostosowane do nich interwencje, czyli zestawy technik, to również znaczne ułatwienie w przeprowadzaniu poprawnych metodologicznie badań klinicznych. Dzięki temu CBT stanowi przykład praktyki *evidence based*, czyli opartej na dowodach, a jej zastosowanie jest weryfikowane w odniesieniu do coraz szerszej grupy chorób i dolegliwości [11].

### CBT w leczeniu zespołu MUS

Objawy niewytłumaczalne medycznie stanowią bardzo szeroką i zróżnicowaną grupę jednostek chorobowych, których kryteria często się pokrywają. Większość badań nad skutecznością leczenia skupia się na wybranych jednostkach chorobowych.

Kroenke [12] dokonał przeglądu piśmiennictwa skupiając się głównie na zaburzeniach somatoformicznych wg kryteriów DSM-IV. Uwzględnił 34 badania przeprowadzone do 2006 roku, w których wzięło udział prawie 4000 pacjentów z takimi zaburzeniami, jak: hipochondria, somatyzacja, dysmorfofobia, zaburzenia konwersyjne. Wyniki wskazują, że metodami o udowodnionej skuteczności są CBT, której efektywność potwierdziło 11 z 13 badań, oraz leki antydepresyjne potwierdzone przez 4 z 5 badań. Mniej wyraźne dowody wskazywały też na przydatność listu konsultacyjnego, pisanego przez pacjenta do lekarza rodzinnego. Badania dotyczące innych metod terapeutycznych nie wskazywały na ich skuteczność bądź wyniki były niejednoznaczne. W odniesieniu do prowadzonych badań Kroenke wskazuje na trudności w ich porównywaniu z powodu niejednorodności, np. w zakresie terminologii czy warunków badania. Z dużym prawdopodobieństwem jednak badania określają skuteczność CBT. Przykładem jest tu próba, podczas której grupę pacjentów cierpiących na zaburzenia bólowe poddano 10 sesjom CBT. Wykorzystano w niej ograniczanie skupiania uwagi na ciele, regulację aktywności, zwiększanie świadomości odczuwanych emocji, restrukturyzację poznawczą oraz elementy służące poprawie komunikacji interpersonalnej. Symptomy zredukowały się u połowy pacjentów, a poprawa utrzymywała się po zakończeniu spotkań [Escobar i wsp. 2007 za: 2]. Przykładem badania, w którym dla odmiany nie wykazano skuteczności CBT jest projekt z udziałem pacjentów z zespołem MUS, gdzie w grupie kontrolnej również zastosowano ustrukturyzowany program obejmujący takie interwencje, jak prowadzenie dziennika objawów i regularne wizyty u lekarza rodzinnego. Nie wykazano różnic między tymi metodami, a we wnioskach omówiono bardzo dobrą reakcję pacjentów z zespołem MUS na ustrukturyzowaną opiekę lekarską, którą byli objęci [Sumathipala i wsp. 2008 za: 2].

Przegląd piśmiennictwa dotyczącego zaburzeń funkcjonalnych, w tym zespołu jelita drażliwego, bólów głowy, pleców, fibromialgii, chronicznego zmęczenia, wskazuje na znaczną skuteczność zarówno terapii poznawczo-behawioralnej, jak i wybranych leków przeciwdepresyjnych. Jednocześnie Kroenke i Swindle [13] piszą o takich zaletach wdrażania CBT, jak brak efektów ubocznych oraz interakcji z lekami. Istnieją także przesłanki do tego, że efekty mogą polepszać się wraz z upływem czasu od zakończenia leczenia. Utrzymująca się poprawa nawet po 7 latach została odnotowana w leczeniu napięciowych bólów głowy i migren przy użyciu CBT, relaksacji i biofeedbacku [Rains i wsp. 2005, za: 2].

Bez wątplenia terapia behawioralno-poznawcza jest powszechnie stosowana w leczeniu większości zaburzeń z grupy somatyzacji, w tym lęku o zdrowie czy dysmorfofobii, co jasno uzasadniają badania nad jej skutecznością [12]. W klasyfikacji ICD-10 zaburzenia z tej grupy zajmują miejsce wśród zaburzeń psychicznych, w związku z tym łatwiej w tych przypadkach uzasadnić stosowanie leczenia nefarmakologicznego. Zaburzenia funkcjonalne, choć łączone ze stresem i problemami emocjonalnymi, mają nieznaną etiologię, przez co trudniej jest dla nich opracowywać skuteczne metody leczenia. W związku z tym prowadzonych jest coraz więcej badań nad tym zagadnieniem, a wśród zaburzeń o największym zainteresowaniu znajdują się: zespół jelita drażliwego, zespół chronicznego zmęczenia i fibromialgia. Poniżej przedstawiono wyniki badań nad leczeniem wymienionych schorzeń oraz ich rozumienie i leczenie z perspektywy CBT.

### Zespół jelita drażliwego

Zespół jelita drażliwego (ang. *irritable bowel syndrome*, IBS) jest przewlekłą chorobą objawiającą się bólem lub dyskomfortem w jamie brzusznej, zmianą w rytmie wypróżnień i/lub konsystencji stolca. Przyczyny IBS nie zostały wyjaśnione, prawdopodobnie są złożone, a wśród istotnych czynników etiopatogenetycznych wymienia się stres. Leczenie obejmuje poradnictwo dietetyczne, farmakoterapię, w tym m.in. stosowanie leków rozkurczowych czy przeciwdepresyjnych, oraz terapie psychologiczne [14]. Przegląd metod i zaleceń niedawno został wykonany m.in. przez National Institute for Clinical Excellence (NICE), a w Polsce przez Polskie Towarzystwo Gastroenterologii (PTG). Wśród rekomendowanych przez PTG metod psychologicznych w leczeniu IBS znalazły się CBT oraz hipnoterapia jako metody o udowodnionej skuteczności [15]. NICE [16] zaleca włączenie CBT, hipnoterapii lub terapii psychologicznej, jednocześnie wskazując na trudność w określeniu, na jakim etapie leczenia byłoby to wskazane i sugeruje dalsze badania nad tym zagadnieniem.

Terapia poznawczo-behawioralna w IBS bazuje na założeniu, że dyskomfort w jamie brzusznej jest wzmacniany przez to, jak chory interpretuje odczuwane doznania fizyczne i jak się w konsekwencji zachowuje oraz czuje. Jeśli ból czy dyskomfort powoduje myśli: „coś złego mi się dzieje”, „nie mam nad tym kontroli”, „muszę jak najszybciej udać się do toalety”, prowadzi to do niepokoju i lęku, wzmacnia też koncentrowanie uwagi na tej okolicy ciała, co sprawia, że doznania odbierane są jako silniejsze. Częstsze stają się wizyty w toalecie oraz wprowadzanie zmian w diecie, np. niejedzenie śniadań. Są to tak zwane zachowania zabezpieczające, których wraz z rozwojem choroby przybywa. Chorzy z czasem unikają wychodzenia z domu lub zaczynają organizować wyjścia pod kątem możliwości łatwego skorzystania z toalety. Paradoksalnie wraz z intensyfikowaniem zachowań zabezpieczających narasta lęk, który wpływa na doznania w jelitach oraz ich funkcjonowanie. W CBT interwencje polegają na edukacji pacjenta nt. IBS, a także przerwanie opisanego powyżej błędnego koła. Wprowadzane techniki mają na celu ograniczanie nadmiernego skupiania uwagi na doznaniach w ciele, restrukturyzując poznawczą dotyczącą np. katastroficznych myśli, przywrócenie regularnej diety i aktywności [2].

### Zespół przewlekłego zmęczenia

Zespół przewlekłego zmęczenia (ang. *chronic fatigue syndrome*, CFS) objawia się przede wszystkim chronicznym zmęczeniem, które jest odczuwalne przynajmniej od 6 miesięcy. Często towarzyszą temu bóle gardła, bolesne powiększenie węzłów chłonnych, bóle mięśni i stawów, bóle głowy, zaburzenia snu, problemy z koncentracją i pamięcią [17]. Etiopatogeneza zespołu nie została określona, a koncepcje wyjaśniające wskazują na możliwe podłoże genetyczne, immunologiczne, psychologiczne, hormonalne lub wynikające z zakażeń wirusowych. Choroba dotyka głównie kobiety w wieku 20–50 lat, w zależności od różnych źródeł diagnozuje się ją u 0,002 do 1% populacji, w Polsce rozpoznanie to jest stawiane bardzo rzadko [18]. Przeprowadzono sporo badań dotyczących leczenia zespołu przewlekłego zmęczenia. Na ich podstawie stwierdza się, że dwiema najskuteczniejszymi metodami terapeutycznymi jest terapia poznawczo-behawioralna oraz system ćwiczeń *Graded Excercise Therapy*, w skrócie GET [2]. Program GET zakłada wdrażanie regularnych ćwiczeń fizycznych (w oparciu o wcześniej przeprowadzoną próbę

wysiłkową określającą wydolność), a także edukację pacjenta i dbanie o regularny tryb życia [19]. Obecnie nie ma wystarczających dowodów na skuteczność farmakoterapii, NICE [20] zaleca rozważenie wprowadzenia farmakoterapii w przypadku, gdy bardzo dokuczliwe są ból i problemy ze snem. W jednym z badań nad skutecznością podjęto się określenia, czy możliwe jest całkowite ustąpienie objawów u pacjentów z CFS po przebytej terapii poznawczo-behawioralnej. Ustalono kryteria całkowitego wyleczenia polegające na niewystępowaniu objawów charakterystycznych dla CFS. Okazało się, że 23% osób badanych spełniało kryteria wyleczenia. Uzyskanie takiej poprawy było łatwiejsze, gdy pacjenci nie chorowali na zaburzenia współwystępujące [Knoop 2007 za: 2].

Zakłada się, że czynnikiem, który nasila i/lub podtrzymuje zespół chronicznego zmęczenia jest ograniczona aktywność chorych. Unikanie wysiłku znacznie zmienia funkcjonowanie organizmu wpływając na zmniejszenie tętna, co zmniejsza ilość dostarczanego tlenu do mózgu, mięśni i organów ciała. Wpływa na układ mięśniowo-szkieletowy, wtórnie intensyfikując odczucie zmęczenia. Psychoedukacja na temat zespołu przewlekłego zmęczenia i jego wpływu na fizjologię, a także praca nad zmianą trybu życia to zwykle początkowy etap w terapii poznawczo-behawioralnej pacjentów z CFS. Zakłada wyznaczanie konkretnych celów, planowanie odpoczynku i wysiłku, aktywizację. Istotna praca dotyczy również negatywnych schematów myślowych oraz radzenia sobie ze stresem [3, 21].

### Fibromialgia

Fibromialgia to zespół chorobowy, w którym dominującymi objawami jest uogólniony ból w układzie mięśniowo-szkieletowym, uczucie sztywności i zaburzenia czucia. Objawy współwystępujące, takie jak męczliwość i problemy ze snem, sprawiają, że trudno rozróżnić fibromialgię od zespołu chronicznego zmęczenia, ale także zaburzeń somatyzacyjnych. Etiopatogeneza nie jest znana, wskazuje się na takie czynniki, jak: zmiany aktywności neuronalnej w ośrodkowym układzie nerwowym, nieprawidłowy metabolizm amin biogennych i zaburzenia immunologiczne. W Europie problem ten dotyczy około 1% populacji, częściej kobiet niż mężczyzn [22]. Leczenie fibromialgii jest zwykle wielokierunkowe i skupione na redukcji objawów. Stosuje się farmakoterapię, terapię poznawczo-behawioralną oraz ćwiczenia fizyczne. Ostatnie badania z wykorzystaniem wyłącznie CBT wskazują na trwałą poprawę w zakresie redukcji objawów. Przegląd badań w tym zakresie wskazuje na niejednoznaczne wyniki, w części badań udaje się uzyskać poprawę, a w części nie [2]. Mimo to według przeglądu zaleceń w zakresie leczenia fibromialgii dokonanego na podstawie danych z Izraela, Kanady i Niemiec jest to najbardziej rekomendowana metoda leczenia obok aerobiku i farmakoterapii [23].

Terapia poznawczo-behawioralna w fibromialgii zakłada korektę przekonań i zmiany behawioralne. Dyskutuje się z katastroficznymi przekonaniami pacjenta, że ból ma straszne konsekwencje dla organizmu i powinno się unikać ruchu, aby im zapobiec. Unikanie ruchu jest skuteczne w przypadku ostrego bólu, mniej w przypadku bólu przewlekłego. Psychoedukacja na ten temat oraz zwiększanie aktywności to elementy procesu leczenia. Ważne miejsce zajmuje także praca dotycząca poczucia bezradności. Obok zwiększania aktywności i pracy nad przekonaniami często wprowadza się także strategie radzenia sobie ze stresem oraz techniki relaksacji [2].



## Wnioski

Objawy niewyjaśnione medycznie mimo swojej tajemniczej i kontrowersyjnej natury dzięki licznym badaniom powoli stają się coraz precyzyjniej określone i skuteczniej leczone. Oczywista jest konieczność dalszych poszukiwań w zakresie etiopatogenezy oraz diagnostyki i leczenia. Decyzja o postawieniu takiej diagnozy nie jest łatwa ani dla pacjenta, ani dla lekarza, gdyż budzi obawy, czy coś nie zostało przeoczone i czy zgłaszane objawy na pewno nie wskazują na poważniejszą chorobę. Podkreśla to szczególną wagę precyzyjnej diagnostyki. Objawom, które trudno uzasadnić, towarzyszy też ryzyko społecznego niezrozumienia i lekceważenia. Diagnoza określająca, np. uszkodzenie organu ciała, zakażenie bakteryjne czy wadę genetyczną jest zwykle mniej obciążona negatywnym osądem otoczenia. Niestety pod tym względem objawy niewyjaśnione medycznie mogą budzić podobne uczucia jak problemy psychiczne, np. depresja. Może się wydawać, że chory symuluje, wyolbrzymia i gdyby tylko chciał mógłby „wziąć się w garść”. Dlatego bardzo ważną kwestią jest wiedza na temat objawów niewyjaśnionych medycznie, a także możliwości ich leczenia. Znajomość standardów postępowania, które w tym przypadku często obejmuje łączenie różnych oddziaływań, np. leków i psychoterapii, to niezbędny element w opracowaniu skutecznego leczenia. Z powodu licznych niejasności oraz różnorodności dostępnych metod terapeutycznych istotna jest szczególna współpraca między specjalistami i pacjentem. Stanowi to spore wyzwanie dla lekarza i przedstawicieli zawodów opieki zdrowotnej, wymaga pracy zespołowej, czasu i otwartości na łączenie wielu perspektyw w rozumieniu zdrowia i choroby u danego pacjenta. Warunkiem niezbędnym jest też czas poświęcany pacjentom, których trudności dotyczą teoretycznie różnych sfer, ale przecież wzajemnie ze sobą połączonych i współoddziałujących na siebie.

Wyniki badań przemawiają za użytecznością terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu zespołu jelita drażliwego, zespołu przewlekłego zmęczenia oraz fibromialgii. Istnieje też wiele prac dotyczących skuteczności CBT w leczeniu innych objawów niewyjaśnionych medycznie. Obszar ten jednak wymaga dalszych badań. Nim możliwe będzie stawianie bardziej precyzyjnych diagnoz i wdrażanie skuteczniejszych programów leczenia warto także pamiętać o szczególnej wadze relacji między specjalistą a pacjentem z zespołem MUS. Dla pacjentów ważne jest uznanie ich przeżyć i przykrych doznań, w tym także towarzyszących im uczuć. Jednocześnie wraz ze wsparciem istotne jest wdrażanie takich metod, które mogą poprawić funkcjonowanie pacjenta i budować w nim przekonanie, że są to schorzenia, które można leczyć.

## Piśmiennictwo

1. Kirmayer LJ, Groleau D, Looper KJ, Dao MD. Explaining medically unexplained symptoms. *Can. J. Psychiatry* 2004; 49: 663–672.
2. Creed F, Henningsen P, Fink P. *Medically unexplained symptoms, somatization and bodily distress*. Cambridge University Press; 2011.
3. Sharpe M. Somatic symptoms: beyond „Medically Unexplained”. *Brit. J. Psychiatry* 2013; 203: 320–321.

4. American Psychiatric Association. Kryteria diagnostyczne wg DSM-IV-TR. Wrocław: Elsevier Urban&Partner; 2008.
5. American Psychiatric Association. Kryteria diagnostyczne z DSM-5. Desk reference. Wrocław: Edra Urban&Partner; 2015.
6. Czachowski S, Buczkowski K. Pacjenci z zespołem MUS w podstawowej opiece zdrowotnej. Wskazówki diagnostyczne i terapeutyczne. *Forum Med. Rodz.* 2015; 9: 38–44.
7. Medically unexplained symptoms/functional symptoms — positive practise guide. Improving Access to Psychological Therapies (IAPT). Londyn; 2014. Uzyskano 11.01.2017 r. z <http://www.iapt.nhs.uk>.
8. Olde Hartman TC, Blankenstein AH, Molenaar AO, Bentz van den Berg D, Van der Horst HE, Arnold IA i inn. NHG Guideline on Medically Unexplained Symptoms Huisarts. *Wet.* 2013; 56(5): 222–230.
9. Popiel A, Pragłowska E. Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Teoria i praktyka. Warszawa: Paradygmat; 2008.
10. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196(4286): 126–136.
11. Popiel A, Pragłowska E. Psychoterapia poznawczo-behawioralna — praktyka oparta na badaniach empirycznych. *Psychiatr. Prakt. Klin.* 2009; 2-3: 146–155.
12. Kroenke K. Efficacy of treatment for somatoform disorders: a review of randomized controlled trials. *Psychosom. Med.* 2007; 69: 881–887.
13. Kroenke K, Swindle R. Cognitive-behavioral therapy for somatization and symptom syndromes: a critical review of controlled clinical trials. *Psychother. Psychosom.* 2000; 69: 205–215.
14. Talley NJ, Kane SV, Wallace MB. Jelito cienkie, jelito grube, trzustka. Seria Gastroenterologia i hepatologia w praktyce klinicznej. Wrocław: Edra Urban&Partner; 2013.
15. Bartnik W, Chojnacki J, Paradowski L, Skrzydło-Radomańska B, Tomecki R. Rekomendacje diagnostyczno-terapeutyczne w zespole jelita nadwrażliwego. *Gastroenterol. Klin.* 2009; 1: 9–17.
16. National Institute for Clinical Excellence (NICE). Irritable bowel syndrome in adults: diagnosis and management of irritable bowel syndrome in primary care. Guideline CG61. Londyn; 2008.
17. Kurowski M, Kuna P. Zespół przewlekłego zmęczenia. *Alerg. Astma Immun.* 1997; 2: 223–228.
18. Bitner A, Klawe JJ, Zalewski P, Tafil-Klawe M. Etiologia zespołu przewlekłego zmęczenia z uwzględnieniem zaburzeń funkcjonowania autonomicznego układu nerwowego. *Probl. Hig. Epidem.* 2013; 94: 6–8.
19. Biegański P, Bitner A, Zalewski P, Tafil-Klawe M, Klawe JJ. Graded exercise therapy (GET) — forma nie farmakologicznego leczenia pacjentów z zespołem przewlekłego zmęczenia (CFS). *Alerg. Astma Immun.* 2014; 49: 413–416.
20. National Institute for Clinical Excellence (NICE). Chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis (or encephalopathy): Diagnosis and management of CFS/ME in adults and children. Guideline CG53. Londyn; 2007.
21. Burgess M, Chalder T. Overcoming chronic fatigue. A self-help guide using cognitive behavioral techniques. Londyn: Constable & Robinson Ltd; 2009.
22. Podolecki T, Podolecki A, Hrycek A. Fibromialgia — patogeneza i trudności diagnostyczno-terapeutyczne. *Pol. Arch. Med. Wew.* 2009; 119: 1–4.
23. Albin J, Fitzcharles MA, Buskila D, Shir Y, Sommer C, Hauser W. Treatment of fibromyalgia syndrome: recommendations of recent evidence-based interdisciplinary guidelines with special emphasis on complementary and alternative therapies. *Evid. Based Complement Alternat. Med.* 2013; doi. 10.1155/2013/485272 Uzyskano 11.01.2017r. z <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>.

Adres: [olga@onet.pl](mailto:olga@onet.pl)