

Agnieszka Pigłowska-Juhnke^{1,2}, Aleksandra Rutkowska², Włodzimierz Samborski³, Piotr Kalmus², Ewa Mojs¹

¹Department of Clinical Psychology, Poznan University of Medical Sciences

²22 Military Health Resort and Rehabilitation Hospital in Ciecchocinek

³Department of Rheumatology and Rehabilitation, University of Medical Sciences, Poznań, Poland

Effectiveness of cognitive-behavioural therapy in patients with rheumatoid arthritis.

Research review

ABSTRACT

Between 1981 and 2017, several dozen publications concerning the effectiveness of cognitive-behavioural therapy (CBT) in patients with rheumatoid arthritis (RA) were released. The authors obtained meta-analyses and latest studies, which were published after systematic reviews had been released. The results indicating a low or medium effect of CBT intervention on the most common problems RA pa-

tients face repeat consistently. On the basis of available literature and a review of data concerning the effectiveness of the therapy for chronic diseases, the objective of the study is to justify recommending cognitive-behavioural psychotherapy to RA patients as an intervention enhancing the effects of medical therapy.

Forum Reumatol. 2018, tom 4, nr 1: 15–25

Key words: cognitive-behavioural psychotherapy; rheumatoid arthritis; effectiveness of psychotherapy

INTRODUCTION

Cognitive-behavioural therapy (CBT) is a therapeutic approach used to treat people with mental health conditions and emotional problems. This psychotherapeutic tendency is most widely tested in terms of its effectiveness for empirical works [1, 2]. The strongest evidence in favour of therapy effectiveness concerns mood disorders, neuroses associated with stress and somatoform disorders, including behavioural syndromes associated with physiological disturbances and physical factors. Research results caused the British National Institute for Health and Care Excellence (NICE) and the American Psychiatric Association (APA) to recommend using cognitive-behavioural psychotherapy in the above-mentioned mental health conditions [3, 4].

The 2015 EULAR recommendations for education of patients with inflammatory arthritis include the following point: “Educational programmes for patients with inflammatory

arthritis should be based on a theoretical framework and be evidence-based, for example: self-management interventions for chronic disease, cognitive-behavioural therapy and stress management” [5]. The Polish guidelines were published in the “Polish programme for primary prevention and early diagnosis of rheumatoid arthritis for 2016–2020” [6].

For the purposes of this paper, the results of studies concerning the effectiveness of CBT for rheumatoid arthritis (RA) were analysed. Reports describing the effectiveness of cognitive-behavioural therapy via the Internet were not analysed.

Rheumatic disorders as chronic diseases dictate the lifestyle of affected patients. Pain, increasing disability and the development of diseases comorbid with RA affect many areas of life — daily activities, professional life as well as leisure activities. In terms of the patient with a rheumatic disorder, the change to his/her life is often unexpected, as a result of a disease “phase”, which is a difficult psycho-

Correspondence address:

Agnieszka Pigłowska-Juhnke
22 Military Health Resort and
Rehabilitation Hospital
ul. Wojska Polskiego 5
87–720 Ciecchocinek
tel.: 54 283 72 00,
extension 457
e-mail: apiglowska@wp.pl

logical and existential experience [7]. In Poland, approximately 400,000 individuals suffer from rheumatoid arthritis [8]. RA patients are subject to various actions aimed at reducing disease activity and physical activity limitations. Reports indicate small effects of such actions [1]. It is estimated that over half of RA patients follow therapeutic recommendations of the rheumatologist to a lesser extent than 80%. When it comes to the causes of this phenomenon, the literature does not emphasise the method how patients live and think. Apart from individual attitudes to the treatment and doctor, between 14–48% of patients suffer from depressive anxiety disorders, which affects to what extent recommendations are followed, or, in broader terms, the course of the disease, how the disease is experienced by patients, and what the disease effects are [9].

The area of psychotherapeutic actions is involved with patients experiencing pain, stress, depressed mood, anxiety as well as chronic fatigue. The frequent role of a psychotherapist is to motivate patients to undergo rehabilitation and to change their attitudes to cooperation with the medical team [10].

OBJECTIVE

The objective of this paper is to familiarise the reader with studies on the effectiveness of cognitive-behavioural actions for RA published between 1981-mid-2017 and to justify recommending cognitive-behavioural psychotherapy to RA patients as an intervention enhancing the effects of medical therapy.

SEARCHING PUBLICATION DATABASES

To gather research material, MEDLINE and EBSCO databases were searched and web search engines provided by Google, Library of the Nicolaus Copernicus University in Toruń, of Poznan University of Medical Sciences and Wiley Online Library were used. Then, the footnotes in already searched publications were analysed.

The following keywords were searched: cognitive-behavioural therapy, CBT, cognitive therapy, behaviour therapy, relaxation therapy, relaxation training combined with entries: effectiveness, rheumatic disorders, rheumatoid arthritis. 328 results were found.

LITERATURE CONTENT ANALYSIS

The paper that contributed to the issue in question to the greatest degree was a sys-

tematic review by Dissanayake et al. [11]. The researchers obtained randomised and controlled trials published in English in peer-reviewed journals between 1981–2009, which focused on assessing the use of psychological interventions in adult RA patients. Knittle et al. [12] carried out meta-analyses of 27 studies (23 of which included CBT objectives and techniques) published during that period, but they also included reports in German. After performing the intervention, the statistically significant effects of CBT included physical activity (0.45), pain (0.18), disability (0.32), depressive symptoms (0.23), and anxiety (0.17). After 2-12 months, improvements to physical activity (0.36), pain (0.13), disability (0.15), and depressive symptoms (0.32) continued.

Before the study by Dissanayake et al. [11], two systematic reviews concerning the effectiveness of cognitive-behavioural actions in RA patients were published: Astin [13] and Morley et al. [14]. In their analysis, Dissanayake et al. presented the above-mentioned studies and excluded three studies that did not comply with the methodology employed by the researchers. Further 11 papers released after the analysis by Astin et al. [13] were included in the meta-analysis. Following the publication of the review by Dissanayake et al. [11], further studies concerning the effectiveness of CBT for RA were released: Barski et al. [15], Lumley et al. [16], Fogarty et al. [17], Costa et al. [18].

INCLUSION CRITERIA

Twenty five studies, in which a total of 2496 respondents participated, were analysed. Trial type: randomised controlled trials published in English in peer-reviewed journals. Study group: adults with confirmed rheumatoid arthritis. Control group: RA patients under standard medical care; people on the waiting list for the therapy; placebo group (active intervention, e.g. health education); an intervention other than CBT, e.g. a support group. Types of interventions typical of CBT for RA: psychoeducation, goal-setting, problem-solving, stress management, cognitive restructuring of beliefs, relaxation training, bringing one's attention to something, mindfulness, relapse prevention. The following performance indicators were considered: pain level, biochemical and clinical disease markers, functional evaluation, depression and anxiety level, perceived control.

Dissanayake et al. [11] evaluated the studies according to the methodological standards developed by Jadad et al. and modified in such a way as to involve psychological actions studied scientifically. Trials, interventions and results are given in the Table 1.

Types of interventions involved in this review varied to a great degree; therefore, the trials were divided on the basis of their theoretical frameworks, so it was possible for the researchers to compare which ones would give evidence for the effectiveness of:

- biofeedback and relaxation training — 4 trials;
- mindfulness — 4 trials
- cognitive-behavioural therapy (CBT) — 18 trials.

In addition, the interventions based on CBT were also divided into short (< 6 weeks) and long (> 6 weeks) according to therapy time. The third subgroup involved CBT with maintenance sessions.

Biofeedback — a therapy method based on providing the patient with feedback concerning the changes to the physiological condition of his/her body; therefore, the patient may learn to consciously control his/her physiological functions, which are not initially volitional. Appelbaum et al. [19] and Bradley et al. [20] analysed the effectiveness of biofeedback based on body temperature in combination with CBT techniques. This intervention was effective in reducing pain, anxiety, and the disease activity score directly after the actions ended. The follow-up trial revealed that the effect continued in only one of these trials in terms of anxiety.

Relaxation is a specific technique that eliminates muscle tension and — by having a palliative impact on the nervous system through lowering the agitation level — may reduce or eliminate pain as well. Isolated relaxation therapy was described in two publications. Lundgren [21] demonstrated some significant improvements after relaxation training in RA patients. Since effects were sought among a considerable number of variables while only a few had a significant effect, the paper was classified as indicating a limited effectiveness of the relaxation intervention.

Having applied progressive muscle relaxation developed by Jacobson among their respondents, Barsky et al. [15] demonstrated a reduction of pain, and an increase in social activities indicated in the AIMS (Arthritis Impact Measurement Scale — a tool used to

self-measure well-being with rheumatic disorder). The observed effect was from low to moderate. Benefits were enjoyed directly after interventions and had long-term effects. No improvements to the RA symptoms assessed based on Rheumatoid Arthritis Symptom Questionnaire (RASQ) were observed. Changes to the severity of depression and anxiety were not found either.

Mindfulness is a unique type of attention: conscious, non-judgmental, and focused on the present moment, which teaches how to experience things as they are and to be aware of your own body and thoughts [22]. Two papers tackled the effectiveness of mindfulness for treating RA: Pradhan et al. [23] and Zautra et al. [24]. Zautra et al. created three study groups: apart from a mindfulness group, they also considered a CBT group, and a control group, which was taught about RA. Once the intervention was completed, Pradhan et al. [23] did not find any differences between the experimental and control groups. Zautra et al. [24] noticed improvements in both the CBT group and the mindfulness group. Self-management effectiveness increased among the participants, whereas the CBT group demonstrated improvements in terms of feeling pain and the interleukin 6 level. On the other hand, during the control trial after 6 months, Pradhan et al. [23] demonstrated improvements among the mindfulness group, while Zautra et al. [24] did not observe the intervention effect.

These studies saw the results of mindfulness effectiveness evaluation to be contradictory.

Fogarty et al. [17] indicated that the participants in mindfulness training changed their approach to pain, claiming that they were no longer dominated and overwhelmed by it and that it did not make them unable to be active. The approach of this type correlates with a better mental adjustment and lower risk of depressive disorders. In the summary Fogarty admits that the level of evidence is low 2.

An interesting opinion in terms of recognising mindfulness as an experience affecting mental problems related to disease activity and disability among RA patients is an analysis conducted by Nyklicek et al. [25], which demonstrated a strong correlation between deep mindfulness and lower psychological pain associated with disability ($p = 0.022$).

Costa et al. [18] analysed the relationships between acceptance and mindfulness against pain, depression, and physical disability. The

Table 1. Studies explored (Table modified for authors' own needs on the basis of the table by Dissanayake et al. [11])

Intervention	Author, intervention description	Number of subjects	Control group	Intervention duration; number of sessions	Follow-up trial after (in months)	Statistically significant evidence of effectiveness after intervention	Statistically significant evidence of effectiveness during follow-up trial	Quality of results	Score acc. to the Jadad scale
Biofeedback CBT	Appelbaum et al. [19]: relaxation training, biofeedback based on body temperature and cognitive strategies aimed at pain management	18 (2 groups)	People on the waiting list	6 weeks; 10 sessions during each module	18	Reduction of pain and emotional response to pain, increase in the range of movements	No effects	5	2
Biofeedback	Bradley et al. [20]: relaxation training in groups, biofeedback based on body temperature, behavioural training: goal-setting and self-rewarding	53 (3 groups)	People under standard medical care and after 15 supporting sessions with relatives, without teaching any strategies	15 sessions	6	CBT: reduced pain-related behaviours, lower disease activity and anxiety. Lower anxiety in the control group	CBT: lower anxiety	5	1
Relaxation	Lungren and Stenstrom [21] playing a recorded muscle relaxation programme and imaginative techniques for pain reduction	68 (2 groups)	People under standard medical care	10 weeks; 20x30 minutes	6, 12	Improvements in terms of taking care of yourself, taking up recreations and entertaining activities	After 6 months: better mobility, balance, coordination. After 12 months: no effects	6	2
Relaxation	Barsky [15] Progressive muscle relaxation developed by Jacobson, breathing techniques	44 (168 in the entire trial)	No control group - there were three treatment groups; patients taught about RA could be considered a control group	8-12 weeks reminding telephone calls 2, 4 weeks and 2, 3, 6, 9, 12 months after the intervention	12	Less pain (including the control group), making more social contact. No changes to the severity of depression and anxiety	Less pain (including the control group), no improvements to other RA symptoms assessed in the RASQ, improvements to social activity in the AIMS. No changes to the severity of depression and anxiety		
Mindfulness	Pradhan et al. [23]: mindfulness, medication, and yoga training	63	People on the waiting list	6 weeks	6	No effects	Improvements to mental well-being, conscious presence, reduction of depression symptoms		
	Zautra, Davis et al. [24]: CBT-pain: self-management training, pain management techniques including relaxation, relapse prevention. The other group - mindfulness and emotion control acc. to author's own programme developed in 2004.	144 (3 groups)	Participants in health education	8 weeks	6	Less pain, improvement to the IL-6 level. Improvement to self-management effectiveness in both groups. In patients previously suffering from depression - better affect and lower joint tenderness	no effects		



Table 1 cont. Studies explored (Table modified for authors' own needs on the basis of the table by Dissanayake et al. [11])

Intervention	Author, intervention description	Number of subjects	Control group	Intervention duration; number of sessions	Follow-up trial after (in months)	Statistically significant evidence of effectiveness after intervention	Statistically significant evidence of effectiveness during follow-up trial	Quality of results	Score acc. to the Jadad scale
Short CBT	DeVeillis et al. [27] solving problems revealed in the medical history	111	People under standard medical care	1 session	4	Improvements to problem-solving skills and better adherence to recommendations in the treatment group	All trial participants improved in physical and mental terms		
	Freeman et al. [28] CBT in groups with patients' family members. Intervention based on health belief model and effectiveness theory	64	People undergoing active intervention	4 weeks	6	Control group: less disability, less helplessness. No changes to the treatment group	No effects		
	O'Leary et al. [29] group sessions focused on self-management skills, cognitive and behavioural pain management strategies, goal-setting	33 (2 groups)	People received a textbook as the treatment group did	5 weeks; 5 × 2 hours	1	Significant pain reduction. Improvements to the effectiveness of pain management and RA consequences	Not carried out		
	Radojevic et al. [30] Behavioural therapy — pain management, part of the group got family support	59 (4 groups)	Standard medical care/People taught about RA and receiving family support	6 weeks; 4 × 90 minutes + 2 weeks of self-work	2	Behavioural therapy — lower joint swelling and painfulness. The highest improvements noticed in the group with family support.	Lower joint swelling and painfulness maintained in both groups receiving behavioural therapy. Similar results in both groups - with and without family support	3	1
	Scholten et al. [31] in groups: education, self-management strategies, relaxation, reinforcing self-efficacy	68 (2 groups)	People on the waiting list	2 weeks; 9 sessions	12	Lower disability, better coping and attention management, broader knowledge and adherence to recommendations. Lower depression severity.	Changes described after the intervention continued. After 5 years: the depression level went back to the initial level, coping with disease and well-being improved even more	4	2
	Taal et al. [32] goal-setting, problem-solving, stimulating self-efficacy to display health-seeking behaviours, relaxation, depression and pain management	140 (2 groups)	People under standard medical care	5 weeks; 5 × 2 hours	4, 14	Lower disability, more physical exercises, improvements to self-efficacy	After 4 months, positive effects continued in terms of lower disability and joint tenderness. After 14 months, changes to taking up physical exercises, self-efficacy and knowledge continued		



Table 1 cont. Studies explored (Table modified for authors' own needs on the basis of the table by Dissanayake et al. [11])

Intervention	Author, intervention description	Number of subjects	Control group	Intervention duration; number of sessions	Follow-up trial after (in months)	Statistically significant evidence of effectiveness after intervention	Statistically significant evidence of effectiveness during follow-up trial	Quality of results	Score acc. to the Jadad scale
Long CBT	Germond et al. [33] Stress vaccine, pain management training	24	People undergoing active intervention	8 weeks	-	No effects	Not carried out		
	Kraamzaat et al. [34] pain and stress management, relaxation, rational thinking	77 (3 groups)	People on the waiting list/participants in occupational therapy	10 weeks; 10 x 2 hours	6	Expanding knowledge in the CBT and control groups. A higher number of enjoyable activities as a pain management strategy were taken up in the CBT group	A higher number of enjoyable activities were taken up in the CBT group. Disease progressed in both groups	4	2
	Leibing et al. [35] CBT-pain	55 (2 groups)	People under standard medical care	12 weeks; 12 x 90 minutes	9	Both group experienced disease progression; it was slightly lower in the CBT group. Improvement to stress and pain management, emotional stability, and reduced disability among the patients after CBT. Greater disease acceptance.	Both group experienced disease progression; it was slightly lower in the CBT group. Improvement to stress and pain management, emotional stability, and reduced disability among the patients after CBT. Greater disease acceptance	6	2
	Sharpe et al. [36, 37, 38] individual CBT: pain management, relaxation, education	53 (2 groups) Patients suffering from RA for no longer than 2 years	People under standard medical care	8 weeks; 8 x 1 hour	6, 18	Depression reduction, better pain management, lower CRP level	After 6 and 18 months, depression, anxiety, and disability reduction continued. Lower joint involvement compared to the control group. Increase in depression symptoms in the follow-up trial after 5 years, the CBT patients were less likely to use medical services	8	3
	Shearn and Fireman [39] stress management, relaxation techniques + support group	105 (3 groups)	Support group/standard medical care	10 weeks; 10 x 90 minutes	8	After the intervention, both groups felt better. The patients with the greatest improvements tend to obtain benefits from each treatment	No effects	5	3



Table 1 cont. Studies explored (Table modified for authors' own needs on the basis of the table by Dissanayake et al. [11])

Intervention	Author, intervention description	Number of subjects	Control group	Intervention duration; number of sessions	Follow-up trial after (in months)	Statistically significant evidence of effectiveness after intervention	Statistically significant evidence of effectiveness during follow-up trial	Quality of results	Score acc. to the Jadad scale
	Lumley, Keefe [16] Self-management training acc. to a protocol	264 (4 groups)	Health education/written disclosure of emotions/describing facts concerning health behaviours	8 x 75 minutes	x3 within 12		Lower pain, anxiety and depression		
CBT with maintenance sessions	Carson et al. [41] Distractions, activity modification, recognition of and change to negative thoughts associated with pain	167	Standard medical care/People undergoing active intervention	10 weeks Maintenance sessions: 3 within 12 weeks	18	Less painful joints, better mood, improved coping with problems compared to standard care	Less painful joints, better coping. Maintenance sessions did not have any effect on the results.		
	Evers et al. [42] individual CBT, 2 modules to choose from: pain and living with pain, fatigue, negative thoughts, social relations	278	People under standard medical care	10 weeks Maintenance session: 4 weeks after the therapy	6	Fatigue, depression, anxiety, helplessness reduction, while self-management in an active way improved	Fatigue, depression, anxiety, helplessness reduction and improved perceived social support		
	Hammond et al. [43] behavioural programme performed in groups and focused on supporting joint-protection behaviours, coping with RA symptoms, stress and negative thought management	167 (2 groups) RA and PSA patients	Health education concerning RA	2 x 2.5 hours and 1 2-hour session at a convenient time for the subject between the 3rd and 9th month after the intervention	6, 12	After 6 months: pain and fatigue reduction, improvement to self-efficacy, fitness and health-seeking behaviour in the treatment group	Pain reduction, improvement to self-efficacy and mental well-being		
	Parker et al. [40] CBT-pain: self-management strategies, relaxation, awareness of pain-related behaviours, attention management	83 (3 groups)	Education/People under standard medical care	Inpatient for 1 week Then the support group focused on maintaining intervention benefits	6, 12	Better pain management	After 6 and 12 months, improvement to pain management, lower score acc. to the helplessness scale	7	3
	Parker [44], Multon et al. [45] relaxation, stress management	141 (3 groups)	Standard medical care/education	10 weeks; 10 x 1.5 hours Maintenance sessions every 3 months for 15 months	15	Lower everyday stress and helplessness, higher self-efficacy, improvements to coping and pain management. No changes to pain-related behaviours	Changes continued, while pain reduction contributed to a better AIMS-2 score. No changes to pain-related behaviours	8	2



Table 1 cont. Studies explored (Table modified for authors' own needs on the basis of the table by Dissanayake et al. [11])

Intervention	Author, intervention description	Number of subjects	Control group	Intervention duration; number of sessions	Follow-up trial after (in months)	Statistically significant evidence of effectiveness after intervention	Statistically significant evidence of effectiveness during follow-up trial	Quality of results	Score acc. to the Jadad scale
Long CBT with maintenance sessions	Barsky [15] sessions in groups acc. to a protocol. Development of self-management strategies, strengthening self-efficacy and control, as well as modifications to maladaptive behaviours maintaining symptoms and disability	168 (3 groups) 68 undergoing CBT	The patients taught about RA could be considered a control group	8–12 weeks reminding telephone calls 2, 4 weeks and 2, 3, 6, 9, 12 months after the intervention	6, 12	No data	No changes to pain, improvements to other RA symptoms assessed acc. to the RASQ, improvements to social activity acc. to the AIMS. No changes to the severity of depression and anxiety (in the statistical analysis, there was a tendency for mental well-being improvement when the patients excluded from the CBT group were omitted)		

results showed that both mindfulness and acceptance go between pain and depression. On the other hand, it is acceptance — rather than non-judgmental consciousness - that goes between pain and physical disability.

Cognitive-behavioural therapy is based on the assumption that dysfunctional thoughts affecting the mood and behaviour of the patient are common among all mental disorders. Therapy is based on a cognitive development of beliefs and behavioural strategies that characterise a specific disorder, as well as on conceptualisation, i.e. understanding patients along with their beliefs and behavioural patterns [26]. CBT was a dominant intervention in the analysed studies. Subgroups based on the duration of the intervention were created. Six studies involved the intervention shorter than six weeks [27–32], while the results that confirmed the effectiveness of short cognitive-behavioural therapies were contradictory. Seven studies [16, 24, 33–39] concerned the therapies, whose duration was between 8–12 weeks. In that case, confirming evidence for the effectiveness of such interventions after they had been completed was obtained, but evidence for their long-term effectiveness was conflicting.

In addition, the analysis included six studies on the effectiveness of CBT with maintenance sessions [15, 40–45]. Five of them were long outpatient therapies, while the last one was carried out during patients' hospitalisation. Two therapies were individual, while the rest of them were carried out in groups. All studies were of high methodological quality. Evers et al. [42] proved that the intervention was followed by benefits, which continued after six months. These data were gathered using self-description questionnaires.

Hammond et al. [43] compared CBT employing maintenance sessions with health education of patients and noticed that after 12 months from its completion, the group who had received CBT continued to have a lower pain level measured with the use of the visual analogue scale, rated their self-efficacy higher, displayed health-seeking behaviours, and felt better in terms of mental health.

Parker et al. [40, 44–45] discovered that in comparison to standard medical care, CBT with maintenance sessions caused the results of the coping strategy questionnaire to be statistically significantly improved. After the intervention, the patients experienced a lower pain level, scored less according to the Arth-

ritis Impact Measurement Score (AIMS), and reduced stress according to the Stress Index. The reduction of the AIMS points continued.

Carson [41] compared CBT and CBT using maintenance sessions and demonstrated that the CBT group patients had a lower pain level and adopted better self-management strategies, while their mood improved compared to people under standard medical care. Following the addition of maintenance sessions, further improvements were not found, however.

Barsky et al. [15] developed a study of long-term benefits derived from three psychosocial methods for enhancing the treatment of rheumatoid arthritis: cognitive-behavioural therapy, relaxation training, and programme for health education in relation to RA. The researchers added a maintenance element — monthly short telephone calls — to the study. They aimed at reviewing previously provided information and consolidating acquired skills; they were also incorporated to prevent relapses. As a result of the intervention, the pain level decreased in groups employing relaxation training; on the other hand, it did not change significantly in the CBT group. Based on the indicators provided by the RASQ, other RA symptoms declined in the CBT group; however, there was a slight positive tendency of such symptoms in the group practising relaxation training. As authors of other publications indicate, no improvements were made in terms of patients with diagnosed depression or anxiety disorders.

The authors of the review point out that thirteen studies demonstrate the effectiveness of cognitive-behavioural therapy for coping with RA. Eighteen studies revealed improvements directly after the therapy; on the other hand, analyses focused on the long-term continuation of such improvements provided conflicting evidence for its effectiveness. Interventions lasting for more than six weeks produced positive effects. The studies stress a preventive value of undergoing cognitive-behavioural therapy within the first two years from the disorder onset [37]. There is conflicting evidence that evaluates the benefits obtained by patients undergoing mindfulness sessions and CBT sessions spanning for less than 6 weeks. There is insufficient evidence in favour of the effectiveness of isolated relaxation therapy.

The effects of using CBT are between low and moderate. Although the benefits derived from non-medical interventions are

small, they outweigh the benefits from using medical therapy only. Therefore, such interventions are effective in enhancing standard treatment.

The results drawn from the above-mentioned studies are very limited:

- it is frequently difficult to compare individual studies due to no standardisation of research methods;
- inability to compare similar interventions is particularly problematic when it comes to the indisputable recognition of the effectiveness of CBT in combination with maintenance therapy. Only one study, i.e. Carson et al. [41], compared CBT without maintenance with CBT with maintenance. The study showed that maintenance does not seem to increase the effectiveness of the CBT intervention;
- a considerable number of analysed publications may be considered to have methodological issues. In future studies, more accurate randomisation methods should be applied and more patients should be involved;
- patients with very high depression and anxiety values during screening tests were excluded from experiments;
- in several studies, the people assessing the results of the therapy were aware of the intervention used, especially when disorder severity indicators were assessed;
- most publications did not produce specific results. The use of such a large number of result measures and various statistical analyses cause the comparison of the results to be very difficult. Therefore, only a qualitative analysis was conducted;
- many studies did not have a control group that would have been subjected to active intervention; instead, a control group had contact with the psychotherapist for the same time;
- some of the control group patients were under the care of an academic medical centre and the group was not representative as such;
- there were studies that involved changes to pharmacological treatment during the experiment itself;
- it is possible that CBT had a beneficial effect that was not noticed. To exclude such a small advantage of CBT over patient's education, a sample of approx. 300 patients in each of the groups would have been required;

- therapists were often inexperienced. Interventions were performed by trained nurses or PhD students;
- it seems that several of the analysed studies limited the therapy to the use of a collection of cognitive-behavioural techniques. The use of the protocol usually concerned pain (CBT-P) and self-management training (CST). There were no mentions of the conceptualisation of patient's problems as if traditional patterns or previous experiences did not have an effect on the course of the disorder and how the patient experiences it;
- it is unknown whether the groups were homogeneous when it comes to the type of reported issues;
- various indicators, including results of laboratory and physical tests, were used to evaluate disease activity and severity of RA. Many studies did not collect objective evidence in relation to the stage of the disease;
- it seems that the effectiveness of CBT is clinically significant even though it is sta-

tistically small in the majority of the results. During these interventions, the patients already received standard treatment; therefore, all changes, e.g. to how pain is experienced, the disability level, the number of tender joints, or any improvements to mental health, are of value to a specific suffering person.

SUMMARY

Rheumatoid arthritis is an autoimmune inflammatory process that results in chronic pain and disability. As a result of not only the consequences of the disease in terms of emotions, behaviour and perception of the situation, but also stressful life situations that make disease symptoms more severe, it seems necessary to continue the research on the effectiveness of psychotherapeutic interventions. It seems justified to promote access to psychotherapy in Poland and to use developed and effective therapeutic protocols that help patients with RA.

References

1. Butler AC, Chapman JE, Forman EM, et al. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clin Psychol Rev.* 2006; 26(1): 17–31, doi: [10.1016/j.cpr.2005.07.003](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.07.003), indexed in Pubmed: 16199119.
2. Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJJ, et al. The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognit Ther Res.* 2012; 36(5): 427–440, doi: [10.1007/s10608-012-9476-1](https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1), indexed in Pubmed: 23459093.
3. National Institute for Health and Care Excellence [Internet]. London; 2005-2017 [cytowane listopad 2017]. Guidance and advice list. <https://www.nice.org.uk/guidance/published?type=cg>.
4. American Psychiatry Association [Internet]. Washington, DC; 2001-2009 [cytowane listopad 2017]. Clinical Practice Guidelines. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/clinical-practice-guidelines>.
5. Zangi HA, Ndosi M, Adams Jo, et al. European League Against Rheumatism (EULAR). EULAR recommendations for patient education for people with inflammatory arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2015; 74(6): 954–962, doi: [10.1136/annrheumdis-2014-206807](https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2014-206807), indexed in Pubmed: 25735643.
6. Ministerstwo Zdrowia [Internet]. Warszawa; c2016 [cytowane listopad 2017]. . http://zdrowie.gov.pl/zamowienia/download/dok_id/115/za/836/type/za/dir/pub.html.
7. Popielski K. Psychologiczne aspekty doświadczenia schorzeń reumatycznych. *Reumatologia.* 2005; 43: 160–165.
8. Batko B, Stajszczyk M, Świerkot J, et al. Prevalence and Clinical Characteristics of Rheumatoid Arthritis in Poland: First Nationwide Study. *Archives of Medical Science.* 2015; 67.
9. Matcham F, Rayner L, Steer S, et al. The prevalence of depression in rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. *Rheumatology (Oxford).* 2013; 52(12): 2136–2148, doi: [10.1093/rheumatology/ket169](https://doi.org/10.1093/rheumatology/ket169), indexed in Pubmed: 24003249.
10. Mojs E, Warchulska B, Samborski W. Pomoc psychologiczna pacjentom z chorobami reumatycznymi na przykładzie reumatoidalnego zapalenia stawów. *Reumatologia.* 2010; 48. ; 2: 121–127.
11. Dissanayake RK, Bertouch JV. Psychosocial interventions as adjunct therapy for patients with rheumatoid arthritis: a systematic review. *Int J Rheum Dis.* 2010; 13(4): 324–334, doi: [10.1111/j.1756-185X.2010.01563.x](https://doi.org/10.1111/j.1756-185X.2010.01563.x), indexed in Pubmed: 21199467.
12. Knittle K, Maes S, de Gucht V. Psychological interventions for rheumatoid arthritis: examining the role of self-regulation with a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2010; 62(10): 1460–1472, doi: [10.1002/acr.20251](https://doi.org/10.1002/acr.20251), indexed in Pubmed: 20506175.
13. Astin JA, Beckner W, Soeken K, et al. Psychological interventions for rheumatoid arthritis: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Arthritis Rheum.* 2002; 47(3): 291–302, doi: [10.1002/art.10416](https://doi.org/10.1002/art.10416), indexed in Pubmed: 12115160.
14. Williams AC, Eccleston C, Morley S, et al. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain.* 1999; 80(1-2): 1–13, indexed in Pubmed: 10204712.
15. Barsky AJ, Ahern DK, Orav EJ, et al. A randomized trial of three psychosocial treatments for the symptoms of rheumatoid arthritis. *Semin Arthritis Rheum.* 2010; 40(3): 222–232, doi: [10.1016/j.semarthrit.2010.04.001](https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2010.04.001), indexed in Pubmed: 20621334.

16. Lumley MA, Keefe FJ, Mosley-Williams A, et al. The effects of written emotional disclosure and coping skills training in rheumatoid arthritis: a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol*. 2014; 82(4): 644–658, doi: [10.1037/a0036958](https://doi.org/10.1037/a0036958), indexed in Pubmed: [24865870](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24865870/).
17. Fogarty FA, Booth RJ, Gamble GD, et al. The effect of mindfulness-based stress reduction on disease activity in people with rheumatoid arthritis: a randomised controlled trial. *Ann Rheum Dis*. 2015; 74(2): 472–474, doi: [10.1136/annrheumdis-2014-205946](https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2014-205946), indexed in Pubmed: [25406303](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25406303/).
18. Costa J, Pinto-Gouveia J, Maróco J. Chronic pain experience on depression and physical disability: The importance of acceptance and mindfulness-based processes in a sample with rheumatoid arthritis. *J Health Psychol*. 2016 [Epub ahead of print]: 1359105316649785, doi: [10.1177/1359105316649785](https://doi.org/10.1177/1359105316649785), indexed in Pubmed: [27307417](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27307417/).
19. Appelbaum KE, Blanchard EB, Hickling EJ, et al. Cognitive behavioural treatment of a veteran population with moderate to severe rheumatoid arthritis. *Behavior Therapy*. 1988; 19: 489–502.
20. Bradley LA, Young LD, Anderson KO. Effects of behavioural therapy on pain behaviour of rheumatoid arthritis patients. *Arthritis Rheum*. 1987; 30(10): 1105–1115.
21. Lundgren S, Stenström CH. Muscle relaxation training and quality of life in rheumatoid arthritis. A randomized controlled clinical trial. *Scand J Rheumatol*. 1999; 28(1): 47–53, indexed in Pubmed: [10092165](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10092165/).
22. Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness. New York Delacorte 1990.
23. Pradhan EK, Baumgarten M, Langenberg P, et al. Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction in rheumatoid arthritis patients. *Arthritis Rheum*. 2007; 57(7): 1134–1142, doi: [10.1002/art.23010](https://doi.org/10.1002/art.23010), indexed in Pubmed: [17907231](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17907231/).
24. Zautra AJ, Davis MC, Reich JW, et al. Comparison of cognitive behavioral and mindfulness meditation interventions on adaptation to rheumatoid arthritis for patients with and without history of recurrent depression. *J Consult Clin Psychol*. 2008; 76(3): 408–421, doi: [10.1037/0022-006X.76.3.408](https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.3.408), indexed in Pubmed: [18540734](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18540734/).
25. Nyklíček I, Hoogwegt F, Westgeest T. Psychological distress across twelve months in patients with rheumatoid arthritis: the role of disease activity, disability, and mindfulness. *J Psychosom Res*. 2015; 78(2): 162–167, doi: [10.1016/j.jpsychores.2014.08.004](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.08.004), indexed in Pubmed: [25260860](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25260860/).
26. Beck JS. Terapia poznawczo behawioralna. Podstawy i zagadnienia szczegółowe. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2012.
27. Devellis BM, Blalock S, Hahn P, et al. Evaluation of a problem-solving intervention for patients with arthritis. *Patient Education and Counseling*. 1988; 11(1): 29–42, doi: [10.1016/0738-3991\(88\)90074-2](https://doi.org/10.1016/0738-3991(88)90074-2).
28. Freeman K, Hammond A, Lincoln NB. Use of cognitive-behavioural arthritis education programmes in newly diagnosed rheumatoid arthritis. *Clin Rehabil*. 2002; 16(8): 828–836, doi: [10.1191/0269215502cr5650a](https://doi.org/10.1191/0269215502cr5650a), indexed in Pubmed: [12501944](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12501944/).
29. O'Leary A, Shoor S, Lorig K, et al. A cognitive-behavioral treatment for rheumatoid arthritis. *Health Psychol*. 1988; 7(6): 527–544, indexed in Pubmed: [3063517](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3063517/).
30. Radojevic V, Nicassio P, Weisman M. Behavioral intervention with and without family support for rheumatoid arthritis. *Behavior Therapy*. 1992; 23(1): 13–30, doi: [10.1016/s0005-7894\(05\)80305-3](https://doi.org/10.1016/s0005-7894(05)80305-3).
31. Scholten C, Brodowicz T, Graninger W, et al. Persistent functional and social benefit 5 years after a multidisciplinary arthritis training program. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 1999; 80(10): 1282–1287, doi: [10.1016/s0003-9993\(99\)90030-8](https://doi.org/10.1016/s0003-9993(99)90030-8).
32. Taal E, Riemsma RP, Brus HL, et al. Group education for patients with rheumatoid arthritis. *Patient Educ Couns*. 1993; 20(2-3): 177–187, indexed in Pubmed: [8337194](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8337194/).
33. Germond S, Schomer H, Meyers O, et al. Pain Management in Rheumatoid Arthritis: A Cognitive-Behavioural Intervention. *South African Journal of Psychology*. 1993; 23(1): 1–9, doi: [10.1177/008124639302300101](https://doi.org/10.1177/008124639302300101).
34. Kraaimaat FW, Brons MR, Geenen R, et al. The effect of cognitive behavior therapy in patients with rheumatoid arthritis. *Behav Res Ther*. 1995; 33(5): 487–495, indexed in Pubmed: [7598669](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7598669/).
35. Leibing E, Pflingsten M, Bartmann U, et al. Cognitive-behavioral treatment in unselected rheumatoid arthritis outpatients. *Clin J Pain*. 1999; 15(1): 58–66, indexed in Pubmed: [10206568](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10206568/).
36. Sharpe L, Sensky T, Timberlake N, et al. A blind, randomized, controlled trial of cognitive-behavioural intervention for patients with recent onset rheumatoid arthritis: preventing psychological and physical morbidity. *Pain*. 2001; 89(2-3): 275–283, indexed in Pubmed: [11166484](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11166484/).
37. Sharpe L, Sensky T, Timberlake N, et al. Long-term efficacy of a cognitive behavioural treatment from a randomized controlled trial for patients recently diagnosed with rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)*. 2003; 42(3): 435–441, indexed in Pubmed: [12626793](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12626793/).
38. Sharpe L, Allard S, Sensky T. Five year follow-up of a cognitive-behavioural intervention for patients with recently diagnosed rheumatoid arthritis: effects on health care utilisation. *Arthritis and Rheumatism*. 2008; 59(2): 311–316.
39. Shearn MA, Fireman BH. Stress management and mutual support groups in rheumatoid arthritis. *Am J Med*. 1985; 78(5): 771–775, indexed in Pubmed: [3887910](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3887910/).
40. Parker JC, Frank RG, Beck NC, et al. Pain management in rheumatoid arthritis patients. A cognitive-behavioral approach. *Arthritis Rheum*. 1988; 31(5): 593–601, indexed in Pubmed: [2454118](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2454118/).
41. Carson JW, Keefe FJ, Affleck G, et al. A comparison of conventional pain coping skills training and pain coping skills training with a maintenance training component: a daily diary analysis of short- and long-term treatment effects. *J Pain*. 2006; 7(9): 615–625, doi: [10.1016/j.jpain.2006.02.008](https://doi.org/10.1016/j.jpain.2006.02.008), indexed in Pubmed: [16942947](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16942947/).
42. Evers AWM, Kraaimaat FW, van Riel PL, et al. Tailored cognitive-behavioral therapy in early rheumatoid arthritis for patients at risk: a randomized controlled trial. *Pain*. 2002; 100(1-2): 141–153, indexed in Pubmed: [12435467](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12435467/).
43. Hammond A, Bryan J, Hardy A. Effects of a modular behavioural arthritis education programme: a pragmatic parallel-group randomized controlled trial. *Rheumatology (Oxford)*. 2008; 47(11): 1712–1718, doi: [10.1093/rheumatology/ken380](https://doi.org/10.1093/rheumatology/ken380), indexed in Pubmed: [18815153](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18815153/).
44. Parker JC, Smarr KL, Buckelew SP, et al. Effects of stress management on clinical outcomes in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 1995; 38(12): 1807–1818, indexed in Pubmed: [8849353](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8849353/).
45. Multon KD, Parker JC, Smarr KL, et al. Effects of stress management on pain behavior in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 2001; 45(2): 122–128, doi: [10.1002/1529-0131\(200104\)45:2<122::AID-AN-R163>3.0.CO;2-7](https://doi.org/10.1002/1529-0131(200104)45:2<122::AID-AN-R163>3.0.CO;2-7), indexed in Pubmed: [11324774](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11324774/).



Agnieszka Pigłowska-Juhnke^{1,2}, Aleksandra Rutkowska², Włodzimierz Samborski³, Piotr Kalmus², Ewa Mojs¹

¹Katedra i Zakład Psychologii Klinicznej, Uniwersytet Medyczny Poznań

²22 Wojskowy Szpital Uzdrawiskowo-Rehabilitacyjny w Ciechocinku

³Katedra Reumatologii i Rehabilitacji, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

Skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej u pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów. Przegląd badań

Artykuł jest tłumaczeniem pracy: Agnieszki Pigłowskiej-Juhnke i wsp. Effectiveness of cognitive-behavioural therapy in patients with rheumatoid arthritis. Research review. Forum Reumatol. 2018, tom 4, nr 1: 15–25.
Należy cytować wersję pierwotną.
Piśmiennictwo znajduje się na stronach 24–25.

STRESZCZENIE

Na temat skuteczności terapii poznawczo-behawioralnej (TPB) prowadzonej z osobami chorującymi na reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) ukazało się od 1981 do 2017 roku kilkadziesiąt publikacji. Autorzy dotarli do metaanaliz oraz najnowszych badań, które zostały opublikowane po ukazaniu się przeglądów systematycznych. Konsekwentnie powtarzają się wyniki świadczące o małym do średniego efekcie oddziaływania TPB na najczęstsze problemy,

z którymi zmagają się chorujący na gościec stawowy. Celem pracy było uzasadnienie proponowania pacjentom z RZS, na podstawie dostępnej literatury oraz przeglądu danych dotyczących skuteczności terapii w chorobach przewlekłych, psychoterapii poznawczo-behawioralnej, jako interwencji wzmagającej efekty terapii medycznej.

Forum Reumatol. 2018, tom 4, nr 1: 26–36

Słowa kluczowe: psychoterapia poznawczo-behawioralna; reumatoidalne zapalenie stawów; skuteczność psychoterapii

WSTĘP

Terapia poznawczo-behawioralna (TPB) to podejście terapeutyczne stosowane w leczeniu osób z zaburzeniami psychicznymi i problemami emocjonalnymi. Ten nurt psychoterapeutyczny jest najszerzej sprawdzony pod kątem skuteczności w pracach empirycznych [1, 2]. Najsilniejsze dowody na skuteczność terapii dotyczą leczenia zaburzeń nastroju, zaburzeń nerwicowych związanych ze stresem i pod postacią somatyczną, a także zespołów behawioralnych związanych z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi. Doniesienia z badań sprawiły, że brytyjski Narodowy Instytut Doskonałości w dziedzinie Ochrony Zdrowia i Opieki Społecznej (NICE, *National Institute for Health and Clinical Excellence*) oraz Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (APA, *American Psychiatric Association*) zalecają stosowanie psychoterapii poznawczo-behawioralnej w wymienionych problemach życia psychicznego [3, 4].

Zalecenia *European League Against Rheumatism* (EULAR) z 2015 roku dotyczące edukacji pacjentów chorych na zapalenie stawów zawierają punkt brzmiący: „Programy edukacji chorych z zapaleniem stawów powinny być stworzone w oparciu o teoretyczne ramy i dowody naukowe, na przykład: samokontrola w chorobie przewlekłej, terapia poznawczo-behawioralna i radzenie sobie ze stresem” [5]. Polskie wytyczne pojawiły się w „Ogólnopolskim programie profilaktyki pierwotnej i wczesnego wykrywania reumatoidalnego zapalenia stawów na lata 2016–2020” [6].

Na potrzeby tej pracy przyjrano się wynikom badań nad skutecznością terapii poznawczo-behawioralnej w reumatoidalnym zapaleniu stawów (RZS). Nie analizowano doniesień opisujących skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej prowadzonej za pośrednictwem internetu.

Choroby reumatyczne, jako choroby przewlekłe, determinują styl życia osób cho-

Adres do korespondencji:
Agnieszka Pigłowska-Juhnke
22 Wojskowy Szpital Uzdrawiskowo-Rehabilitacyjny
ul. Wojska Polskiego 5
87–720 Ciechocinek
tel.: 54 283 720 0, wew. 457
e-mail: apigłowska@wp.pl

rujących. Ból, narastająca niepełnosprawność oraz rozwój chorób współistniejących z RZS wywierają wpływ na wiele obszarów życia — na codzienne aktywności, na pracę zawodową i spędzanie wolnego czasu. W przypadku osoby z chorobą reumatyczną zmiana sytuacji życiowej często następuje niespodziewanie, na skutek „rzutu” choroby, co jest trudnym doświadczeniem psychicznym i egzystencjalnym [7]. W Polsce na RZS choruje około 400 tysięcy osób [8]. Pacjenci z RZS podlegają oddziaływaniom nastawionym na zmniejszenie aktywności choroby i redukcję ograniczeń w aktywności fizycznej. Doniesienia opisują małe efekty tych oddziaływań [1]. Szacuje się, że ponad połowa chorych na RZS stosuje się do zaleceń terapeutycznych reumatologa w stopniu mniejszym niż 80%. Literatura na temat przyczyn tego zjawiska nie eksponuje sposobu funkcjonowania i myślenia pacjentów. Oprócz indywidualnego nastawienia do leczenia i lekarza, na przestrzeganie zaleceń, a szerzej — na przebieg, doświadczanie choroby i jej skutków ma wpływ występowanie wśród od 14% do 48% chorych reumatycznych zaburzeń depresyjnych i lękowych [9].

Obszarem oddziaływań psychoterapeutycznych jest doświadczanie przez chorych bólu, stresu, obniżenia nastroju, lęku, a także przewlekłego zmęczenia. Rolą psychoterapeuty nierzadko jest motywowanie do rehabilitacji oraz modyfikowanie przekonań utrudniających współpracę z zespołem leczącym [10].

CEL

Celem niniejszego opracowania jest przybliżenie czytelnikowi badań nad skutecznością oddziaływań poznawczo-behawioralnych w RZS opublikowanych od 1981 do połowy 2017 roku i wskazanie zasadności zapewniania pacjentom z RZS psychoterapii poznawczo-behawioralnej, jako interwencji wzmagającej efekty terapii medycznej.

PRZESZUKIWANIE BAZ PUBLIKACJI

Dla zgromadzenia materiału przeszukano bazy komputerowe MEDLINE, EBSCO oraz korzystano z wyszukiwarek Google, Biblioteki Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, *Wiley Online Library*. Następnie dokonano analizy przypisów w już znalezionych pracach.

Śledzono słowa kluczowe: psychoterapia poznawczo-behawioralna, *cognitive-behavioral*

therapy, CBT, terapia poznawcza, *cognitive therapy*, terapia behawioralna, *behavior therapy*, relaksacja, *relaxation therapy*, trening relaksacyjny, w połączeniu z hasłami: skuteczność, *effectiveness*, choroby reumatyczne, reumatoidalne zapalenie stawów, *rheumatoid arthritis*. Znaleziono 328 rekordów.

ANALIZA TREŚCI LITERATURY

Praca, która wnosi najwięcej do opisywanego tematu to przegląd systematyczny opracowany przez Dissanayake i wsp. [11]. Badacze dotarli do randomizowanych kontrolowanych badań opublikowanych w języku angielskim w recenzowanych czasopismach od 1981 do 2009 roku, oceniających stosowanie interwencji psychologicznych u dorosłych pacjentów z RZS. Knittle i wsp. [12]. przeprowadzili metaanalizę 27 badań (z czego 23 zawierały cele i techniki terapii poznawczo-behawioralnej) z tego samego okresu, włączając doniesienia niemieckojęzyczne. Statystycznie istotne efekty terapii poznawczo-behawioralnej tuż po zakończeniu interwencji dotyczyły aktywności fizycznej (0,45), bólu (0,18), niepełnosprawności (0,32), objawów depresyjnych (0,23) oraz lęku (0,17). Po upływie 2–12 miesięcy utrzymała się poprawa aktywności fizycznej (0,36), bólu (0,13), niepełnosprawności (0,15) i symptomów depresji (0,32).

Przed doniesieniem Dissanayake i wsp. [11] ukazały się dwa systematyczne przeglądy na temat skuteczności oddziaływań poznawczo-behawioralnych, które dotyczyły chorych na RZS: Astin i wsp. [13] oraz Morley i wsp. [14]. Dissanayake i wsp. ujęli w swojej analizie zawarte tam badania, wykluczając trzy, które nie spełniały przyjętych przez nich kryteriów metodologicznych. Do metaanalizy włączono dalszych 11 prac opublikowanych po analizie Astin i wsp. [13]. Po ukazaniu się przeglądu Dissanayake i wsp. [11] opublikowano dalsze badania nad skutecznością terapii poznawczo-behawioralnej w RZS: Barski i wsp. [15], Lumley i wsp. [16], Fogarty i wsp. [17], Costa i wsp. [18].

KRYTERIA WŁĄCZENIA

Przeanalizowano 25 badań, w których wzięło łącznie udział 2496 respondentów. Rodzaj badań: randomizowane kontrolowane badania opublikowane w języku angielskim w recenzowanych czasopismach. Grupa badawcza: pełnoletnie osoby z potwierdzonym RZS. Grupa kontrolna: pacjenci z RZS pod

standardową opieką medyczną; osoby z listy oczekujących na terapię; grupa placebo (aktywna interwencja np. edukacja zdrowotna); interwencja inna niż terapia poznawczo-behawioralna, na przykład grupa wsparcia. Rodzaje interwencji typowe dla terapii poznawczo-behawioralnej w RZS: psychoedukacja, ustalanie celów, rozwiązywanie problemów, radzenie sobie ze stresem, podważanie nieadaptacyjnych przekonań, trening relaksacyjny, kierowanie uwagą, *mindfulness*, zapobieganie nawrotom. Uwzględniane wskaźniki skuteczności: poziom bólu, markery biochemiczne i kliniczne choroby, ocena funkcjonalna, depresja i poziom lęku, zmęczenie, postrzegana kontrola.

Dissanayake i wsp. [11] oceniali badania według standardów metodologicznych opisanych przez Jadad i wsp. zmodyfikowanych tak, by odnosiły się do oddziaływań psychologicznych badanych naukowo.

Badania, interwencje i wyniki wyszczególniono w tabeli 1.

Rodzaje interwencji ujęte w niniejszym przeglądzie były bardzo różne, dlatego badania podzielono, opierając się na ich teoretycznych podstawach, dzięki czemu można było porównać, które z nich dostarczają dowodów na skuteczność:

— *biofeedback* i trening relaksacyjny — 4 badania;

— *mindfulness* — 4 badania;

— terapia poznawczo-behawioralna — 18 badań.

Interwencje oparte na terapii poznawczo-behawioralnej dodatkowo podzielono według czasu trwania leczenia na: krótkie (< 6 tygodni) i długie (> 6 tygodni). Trzecią podgrupę stanowiły terapie poznawczo-behawioralne z sesjami podtrzymującymi.

Biofeedback, czyli biologiczne sprzężenie zwrotne, to metoda terapii, polegająca na podawaniu pacjentowi sygnałów zwrotnych o zmianach stanu fizjologicznego jego organizmu, dzięki czemu może on nauczyć się świadomie modyfikować funkcje, które wyjściowo nie są woluncjonalne. Appelbaum i wsp. [19] oraz Bradley i wsp. [20] analizowali skuteczność *biofeedbacku* opartego na temperaturze ciała w połączeniu z technikami terapii poznawczo-behawioralnej. Interwencja ta była skuteczna w redukowaniu bólu, lęku i wskaźnika aktywności choroby bezpośrednio po zakończeniu oddziaływań. W badaniu katamnestycznym (*follow-up*) efekt utrzymał się tylko w jednym z tych badań w obszarze lęku.

Relaksacja jest specyficzną techniką, która likwiduje napięcie mięśni, a wpływając

kojąco na układ nerwowy poprzez obniżenie poziomu pobudzenia, może także zmniejszyć albo zlikwidować ból. Izolowaną terapię relaksacyjną opisano w dwóch badaniach. Lundgren i Stenstrom [21] wykazali pewną istotną poprawę po treningu relaksacyjnym u chorujących na RZS. Ponieważ szukano efektów wśród bardzo wielu zmiennych, a istotny wpływ udowodniono tylko w kilku, zaliczono tę pracę, jako wskazującą na ograniczoną skuteczność interwencji jaką jest relaksacja.

Barsky i wsp. [15], stosując trening progresywnej relaksacji mięśni Jacobsona, uzyskali u respondentów zmniejszenie odczuwanego bólu, zwiększenie aktywności społecznej deklarowanej w AIMS (*Arthritis Impact Measurement Scale* — narzędzie do samodzielnej oceny funkcjonowania z chorobą reumatyczną). Zaobserwowany efekt kształtował się od małego do umiarkowanego. Korzyści pojawiały się zaraz po interwencjach i utrzymywały się długoterminowo. Odnotowano brak poprawy symptomów RZS ocenianych w Kwestionariuszu Objawów Reumatoidalnego Zapalenia Stawów (*RASQ, Rheumatoid Arthritis Symptom Questionnaire*). Nie zauważono zmian w nasileniu depresji i lęku.

Mindfulness to szczególny rodzaj uwagi: świadomej, nieosądzającej i skierowanej na bieżącą chwilę, która rozwija umiejętność doświadczania rzeczy takimi, jakie są, świadomość własnego ciała i pojawiających się myśli [22]. Skuteczność *mindfulness* w leczeniu RZS opisano w dwóch pracach: Pradhan i wsp. [23] i Zautra i wsp. [24]. Zautra i wsp. stworzyli trzy grupy badawcze, oprócz *mindfulness* uwzględnili terapię poznawczo-behawioralną oraz grupę poddaną edukacji na temat RZS, traktowaną jako kontrolna. Po zakończeniu interwencji Pradhan i wsp. [23] nie odkryli różnic między grupą eksperymentalną a kontrolną. Zautra i wsp. [24] odnotowali poprawę zarówno w grupie poddanej terapii poznawczo-behawioralnej, jak i w grupie praktykującej uważność. Zwiększyła się u uczestników skuteczność radzenia sobie, a w grupie poddanej terapii poznawczo-behawioralnej nastąpiła poprawa w odczuwaniu bólu i stężeniu interleukiny 6. Natomiast w badaniu kontrolnym po upływie 6 miesięcy Pradhan i wsp. [23] wykazali u badanych z grupy ćwiczącej *mindfulness* poprawę, podczas gdy Zautra i wsp. [24] nie wykazali wpływu przeprowadzonej interwencji. Ocena skuteczności praktykowania uważności przyniosła w tych badaniach sprzeczne dane. Fogarty i wsp. [17] wykazali, że uczestnicy tre-

Tabela 1. Badania, interwencje i wyniki (zmodyfikowana na potrzeby własne na podstawie tab. Dissanayake i wsp. [11])

Interwencja	Autor, opis interwencji	Liczba badanych	Grupa kontrolna	Czas trwania interwencji; liczba spotkań (w miesiącach)	Badanie katamnestyczne po upływie (w miesiącach)	Statystycznie istotne dowody skuteczności po interwencji	Statystycznie istotne dowody skuteczności w badaniu katamnestycznym	Jakość wyników	Punkty wg Jadaad
Biofeedback CBT	Appelbaum i wsp. [19]; trening relaksacyjny, biofeedback oparty na temperaturze ciała i poznawczych strategiach nakierowanych na radzenie sobie z bólem	18 (2 grupy)	Osoby z listy oczekujących	6 tygodni; 10 spotkań z każdego modułu	18	Obniżenie bólu i emocjonalnej odpowiedzi na ból, zwiększenie zakresu ruchów	Brak efektów	5	2
Biofeedback	Bradley i wsp. [20]; grupowy trening relaksacyjny, biofeedback oparty na temperaturze ciała, trening behawioralny; ustalanie celów i samonagradzanie	53 (3 grupy)	Osoby pod standardową opieką medyczną i po 15 sesjach wsparcia z bliskimi, bez uczenia żadnych strategii	15 sesji	6	Terapia poznawczo-behawioralna: zmniejszone zachowania bólowe, niższy wynik aktywności choroby i lek.	Terapia poznawczo-behawioralna: obniżenie leku	5	1
Relaksacja	Lungren i Stenstrom [21] odtwarzanie nagranych programów mięśniowej relaksacji i techniki wyobrażeńowe do redukcji bólu	68 (2 grupy)	Osoby pod standardową opieką medyczną	10 tygodni; 20 x 30 min.	6, 12	Poprawa dbania o siebie, podejmowanie rekreacji i rozrywek	Po 6 miesiącach: lepsza ruchliwość, równowaga, koordynacja. Po 12 miesiącach: brak efektów	6	2
Relaksacja	Barsky i wsp. [15] trening Jacobsona, techniki oddechowe	44 (168 w całym badaniu)	Bez grupy kontrolnej — były trzy grupy eksperymentalne, jako grupę kontrolną można potraktować pacjentów poddanych edukacji zdrowotnej dotyczącej RZS	8–12 tygodni, rozmowy telefoniczne przygodnie minające w 2., 4. tygodniu po zakończeniu i w 2., 3., 6., 9., 12. miesiącu	12	Mniejszy odczuwany ból (również w grupie kontrolnej), poprawa kontaktów społecznych. Brak zmian w nasileniu depresji i leku	Mniejszy odczuwany ból (również w grupie kontrolnej), bez poprawy innych symptomów RZS ocenianych w RASQ, poprawa w AIMS w aktywności społecznej. Brak zmian w nasileniu depresji i leku		
Mindfulness	Pradhan i wsp. [23]; trening uważności, trening medytacji i jogi	63	Osoby z listy oczekujących	6 tygodni	6	Brak efektów	Poprawa dobrostanu psychicznego, świadomej obecności, redukcja symptomów depresji		
	Zautra, Davis i wsp. [24]; TPB bólu: trening radzenia sobie, techniki radzenia sobie z bólem, w tym relaksacja, prewencja nawrotów. Grupa druga — uważność i regulacja emocji wg programu autorskiego z 2004 r.	144 (3 grupy)	Uczestnicy edukacji zdrowotnej	8 tygodni	6	Mniejsze w doświadczenie bólu, poprawa poziomu IL-6. W obu grupach poprawa efektywności radzenia sobie. U pacjentów uprzednio w depresji — lepszy afekt i mniejsza tkliwość stawów	Brak efektów		



Tabela 1 cd. Badania, interwencje i wyniki (zmodyfikowana na potrzeby własne na podstawie tab. Dissanayake i wsp. [11])

Interwencja	Autor, opis interwencji	Liczba badanych	Grupa kontrolna	Czas trwania interwencji; liczba spotkań	Badanie katamnesticzne po upływie (w miesiącach)	Statystycznie istotne dowody skuteczności po interwencji	Statystycznie istotne dowody skuteczności w badaniu katamnesticznym	Jakość wyników	Punkty wg Jadad
Terapia poznawczo-behawioralna na krótko	DeVellis i wsp. [27] rozwiązywanie problemów ujawnionych w wywiadzie	111	Osoby pod standardową opieką medyczną	1 sesja	4	W grupie eksperymentalnej poprawa w umiejętności rozwiązywania problemów i lepsze przestrzeganie zaleceń	Wszyscy uczestnicy badania polepszyli się w fizycznym i psychicznym funkcjonowaniu	3	1
	Freeman i wsp. [28] grupowa terapia poznawczo-behawioralna z członkami rodzin chorych. Interwencja oparta na modelu przekonania zdrowotnych oraz teorii skuteczności	64	Osoby poddane aktywnej interwencji	4 tygodnie	6	Grupa kontrolna: mniej niesprawności, mniej bezradności. Bez zmian w grupie eksperymentalnej	Brak efektów		
	O'Leary i wsp. [29] sesje grupowe skupione na umiejętnościach radzenia sobie, poznawcze i behawioralne strategie na ból, ustalanie celów	33 (2 grupy)	Osoby otrzymały podręcznik, tak jak grupa eksperymentalna	5 tygodni; 5 × 2 godz.	1	Znaczące obniżenie bólu. Poprawa skuteczności w radzeniu sobie z bólem i efektami RZS	Nie przeprowadzono		
	Radojevic i wsp. [30] Terapia behawioralna — radzenie sobie z bólem, część grupy otrzymała wsparcie rodzinne	59 (4 grupy)	Standardowa opieka medyczna/Osoby podane edukacji i wsparciu rodzinnemu	6 tygodni; 4 × 90 min. + 2 tyg. pracy własnej	2	Terapia behawioralna — redukcja obrzęku i bolesności stawów. W grupie z dołączonym wsparciem rodzinnym największa poprawa	W obu grupach poddanych terapii behawioralnej utrzymało się zmniejszenie obrzęków i bolesności stawów. Wyównanie wyników w grupach z i bez wsparcia rodziny	3	1
	Scholten i wsp. [31] grupowo: edukacja, strategie radzenia sobie, relaksacja, wzmacnianie własnej skuteczności	68 (2 grupy)	Osoby z listy oczekujących	2 tygodnie; 9 sesji	12	Zmniejszenie niepełnosprawności, lepsze radzenia sobie, kierowanie uwagi, większa wiedza oraz dostosowanie do zaleceń. Mniej nasilenie depresji	Utrzymane zmiany opisane po interwencji. Po 5 latach: poziom depresji powrócił do poziomu wyjściowego, a radzenie sobie z chorobą i poziom funkcjonalny jeszcze się polepszył	4 zarzucono nieprawidłową analizę statystyczną	2
	Taal i wsp. [32] ustalanie celów, rozwiązywanie problemów, stymulowanie własnej skuteczności, by podejmować zachowania prozdrowotne, relaksacja, radzenie sobie z depresją i bólem	140 (2 grupy)	Osoby pod standardową opieką medyczną	5 tygodni; 5 × 2 godz.	4, 14	Redukcja niesprawności, więcej podejmowanych ćwiczeń fizycznych, zwiększenie poczucia własnej skuteczności	Po 4 miesiącach pozostały efekty utrzymany się w redukcji niepełnosprawności, tkliwosci stawów. Po 14 miesiącach pozostały zmiany w podejmowaniu ćwiczeń fizycznych, własnej skuteczności i wiedzy		

Tabela 1 cd. Badania, interwencje i wyniki (zmodyfikowana na potrzeby własne na podstawie tab. Dissanayake i wsp. [11])

Interwencja	Autor, opis interwencji	Liczba badanych	Grupa kontrolna	Czas trwania interwencji; liczba spotkań (w miesiącach)	Badanie katamnestyczne po upływie (w miesiącach)	Statystycznie istotne dowody skuteczności po interwencji	Statystycznie istotne dowody skuteczności w badaniu katamnestycznym	Jakość wyników	Punkty wg Jadad
Terapia poznawczo-behawioralna długa	Germond i wsp. [33] szczyponka na stres, trening radzenia sobie z bólem Kraamiat i wsp. [34] trening radzenia sobie z bólem, ze stresem, relaksacja, myślenie racjonalne	24 77 (3 grupy)	Osoby poddane aktywnej interwencji Osoby z listy oczekujących/uczestnicy terapii zajęciowej	8 tygodni 10 tygodni; 10 × 2 godz.	– 6	Brak efektów Poszerzenie wiedzy w grupie terapii poznawczo-behawioralnej i kontrolnej. W grupie terapii poznawczo-behawioralnej podejmowano więcej przyjemnych aktywności, jako strategii radzenia sobie z bólem	Nie przeprowadzono W grupie terapii poznawczo-behawioralnej podejmowano więcej przyjemnych aktywności. W obu grupach nastąpiła progresja choroby	4 6	2 2
	Leibing i wsp. [35] terapia poznawczo-behawioralna bólu	55 (2 grupy)	Osoby pod standardową opieką medyczną	12 tygodni; 12 × 90 min.	9	W obu grupach progresja choroby, w grupie terapii poznawczo-behawioralnej nieco mniejsza. U osób po terapii poznawczo-behawioralnej poprawa radzenia sobie ze stresem i bólem, stabilizacja emocjonalna, zmniejszenie niepełnosprawności. Większa akceptacja choroby	W obu grupach progresja choroby, w grupie terapii poznawczo-behawioralnej nieco mniejsza. U osób po terapii poznawczo-behawioralnej poprawa radzenia sobie ze stresem i bólem, stabilizacja emocjonalna, zmniejszenie niepełnosprawności. Większa akceptacja choroby	6	2
	Sharpe i wsp. [36, 37, 38] indywidualna terapia poznawczo-behawioralna: radzenie sobie z bólem, relaksacja, edukacja	53 (2 grupy) Chorujący na RZS nie dłużej niż 2 lata	Osoby pod standardową opieką medyczną	8 tygodni; 8 × 1 godz.	6, 18	Obniżenie depresji, lepsze radzenie sobie z bólem, spadek CRP	Po 6 i 18 miesiącach utrzymywał się spadek depresyjności, lęku i niepełnosprawności. Mniej zajęć stawów niż w grupie kontrolnej. W grupie bez terapii poznawczo-behawioralnej wzrost objawów depresyjnych. W badaniu po 5 latach osoby po terapii poznawczo-behawioralnej rzadziej korzystały z opieki medycznej	8	3
	Shearn i Fireman [39] zarządzanie stresem techniki relaksacyjne, + grupa wsparcia	105 (3 grupy)	Grupa wsparcia/standardowa opieka medyczna	10 tygodni; 10 × 90 min	8	Obie grupy poddane interwencji miały się lepiej. Pacjenci, którzy osiągnęli największą poprawę, mają tendencję do pozytywnej odpowiedzi na każde leczenie	Brak efektów	5	3



Tabela 1 cd. Badania, interwencje i wyniki (zmodyfikowana na potrzeby własne na podstawie tab. Dissanayake i wsp. [11])

Interwencja	Autor, opis interwencji	Liczba badanych	Grupa kontrolna	Czas trwania interwencji; liczba spotkań	Badanie katamnesticzne po upływie (w miesiącach)	Statystycznie istotne dowody skuteczności po interwencji	Statystycznie istotne dowody skuteczności w badaniu katamnesticznym	Jakość wyników	Punkty wg Jadad
	Lumley, Keefe [16] trening radzenia sobie wg protokołu	264 (4 grupy)	Edukacja zdrowotna/pisemne ujawnianie emocji/opisywanie faktów dotyczących zachowań zdrowotnych	8 × 75 min.	3 × w ciągu 12		Obniżenie bólu, lęku i depresji		
Terapia poznawczo-behawioralna z sesjami podtrzymującymi	Carson i wsp. [41] Odwracania uwagi, modyfikacja aktywności, rozpoznawanie i zmienianie negatywnych myśli związanych z bólem	167	Standardowa opieka medyczna/Osoby poddane aktywnej interwencji	10 tygodni Sesje podtrzymujące: 3 w ciągu 12 tygodni	18	Zmniejszenie bólu stawów, lepszy nastrój, lepsze radzenie sobie z problemami w porównaniu ze standardową opieką	Zmniejszenie bólu stawów, lepsze radzenie sobie. Sesje podtrzymujące nie wnosiły do wyników niczego nowego		
	Evers i wsp. [42] indywidualna terapia poznawczo-behawioralna, 2 moduły do wyboru: ból i funkcjonowanie z nim; zmęczenie, negatywne nastroje, relacje społeczne	278	Osoby pod standardową opieką medyczną	10 tygodni Sesja podtrzymująca 4 tygodnie po terapii	6	Redukcja zmęczenia, depresyjności, lęku oraz poczucia bezradności przy zwiększeniu aktywnego stylu radzenia sobie	Zmniejszenie zmęczenia, depresyjności, lęku oraz poczucia bezradności oraz wzrost postęganego wsparcia społecznego		
	Hammond i wsp. [43] grupowy program behawioralny nastawiony na promowanie zachowań ochroniających stawy, radzenie sobie z symptomami RZS, ze stresem i negatywnymi myślami	167 (2 grupy) chorzy na RZS i PsA	Edukacja zdrowotna dotycząca RZS	2 × 2,5 godz. oraz 1 spotkanie 2-godz. w dogodnym czasie dla danego między 3. a 9. miesiącem po oddziaływaniu	6, 12	Po 6 miesiącach: w grupie eksperymentalnej nastąpiło obniżenie bólu, zmęczenia, poprawa własnej skuteczności i zachowań prozdrowotnych	Obniżenie bólu, poprawa własnej skuteczności poprawa stanu psychicznego		



Tabela 1 cd. Badania, interwencje i wyniki (zmodyfikowana na potrzeby własne na podstawie tab. Dissanayake i wsp. [11])

Interwencja	Autor, opis interwencji	Liczba badanych	Grupa kontrolna	Czas trwania interwencji; liczba spotkań (w miesiącach)	Badanie katamnestyczne po upływie (w miesiącach)	Statystycznie istotne dowody skuteczności po interwencji (w miesiącach)	Statystycznie istotne dowody skuteczności w badaniu katamnestycznym	Jakość wyników	Punkty wg Jadaad
	Parker i wsp. [40] terapia poznawczo-behawioralna bólu: strategie radzenia sobie, relaksacja, świadomość zachowań bólowych, kierowanie uwagą	83 (3 grupy)	Edukacja/Osoby pod standardową opieką medyczną	1 tydzień stacjonarnie Następnie grupa wsparcia ukierunkowana na utrzymanie zysków oddziaływań	6, 12	Lepsze radzenie sobie z bólem	Po 6 i 12 miesiącach poprawa radzenia sobie z bólem, mniej punktów w skali bezradności	7	3
	Parker [44], Multon i wsp. [45] relaksacja, radzenie sobie ze stresem	141 (3 grupy)	Standardowa opieka medyczna/edukacja	10 tygodni; 10 × 1,5 godz. Sesje podtrzymujące co 3 miesiące przez 15 miesięcy	15	Obniżenie codziennego stresu, bezradności i wyższe poczucie własnej skuteczności, lepsze radzenie sobie, również z bólem. Brak zmian w zachowaniach bólowych	Zmiany utrzymywały się, a obniżenie bólu poprawiło AIMS-2. Brak zmian w zachowaniach bólowych	8	2
Terapia poznawczo-behawioralna długa z sesjami podtrzymującymi	Barsky [15] grupowe sesje wg protokołu. Rozwijanie strategii radzenia sobie, wzmocnienie poczucia własnej skuteczności i kontroli oraz modyfikacja nieprzystosowanych zachowań utrzymujących objawy i niepełnosprawność	168 (3 grupy) w CBT 68	Jako grupę kontrolną można potraktować pacjentów poddanych edukacji zdrowotnej dotyczącej RZS	8–12 tygodni, przypominające różnorodny telefoniczne w 2., 4. tygodniu po zakończeniu w 2., 3., 6., 9., 12. miesiącu	6, 12	Brak danych	Ból bez zmian, poprawa innych symptomów RZS ocenianych w RASQ, poprawa w AIMS w aktywności społecznej. Brak zmian w nasileniu depresji i lęku (w analizie statystycznej, gdy pominięto osoby, które wypadły z grupy terapii poznawczo-behawioralnej trend polepszania samopoczucie psychicznego)		

ningu uważności zmienili podejście do bólu, deklarując, że już nie dominuje ich życia, nie przytłacza i nie eliminuje z aktywności. Takie podejście koreluje z lepszym przystosowaniem psychicznym, mniejszym ryzykiem zaburzeń depresyjnych. W podsumowaniu Fogarty i wsp. przyznaje, że dowody ocenia na słaby poziom 2.

Ciekawym głosem w uznaniu *mindfulness* za doświadczenie wpływające na problemy psychiczne związane z aktywnością choroby i niepełnosprawnością u pacjentów z RZS jest analiza Nykliczek i wsp. [25], którzy wykazali silne powiązanie głębszej uważności z mniejszym cierpieniem psychologicznym związanym z niepełnosprawnością ($p = 0,022$).

Costa i wsp. [18] analizowali zależności między akceptacją i uważnością a bólem, depresją i niepełnosprawnością fizyczną. Wyniki pokazały, że między bólem a depresją pośredniczyły zarówno *mindfulness*, jak i akceptacja. Natomiast w związku między bólem a niepełnosprawnością fizyczną pośredniczyła akceptacja, ale nie nieosądzająca świadomość.

Terapia poznawczo-behawioralna opiera się na założeniu, że dysfunkcyjne myślenie, wpływające na nastrój i zachowanie pacjenta jest wspólną cechą wszystkich zaburzeń psychicznych. Leczenie opiera się na poznawczym opracowaniu przekonań i strategii behawioralnych, które charakteryzują konkretne zaburzenie, a także na konceptualizacji, czyli zrozumieniu pacjentów wraz z ich przekonaniami i wzorcami zachowań [26]. Terapia poznawczo-behawioralna była dominującą metodą interwencji w analizowanych badaniach. Wydzielono podgrupy na podstawie długości trwania interwencji. Oddziaływanie krótsze niż sześć tygodni pojawiło się w sześciu doniesieniach [27–32], a wyniki potwierdzające skuteczność krótkich terapii poznawczo-behawioralnych były sprzeczne. Siedem studiów [16, 24, 33–39] dotyczyło terapii, których czas trwania wynosił 8–12 tygodni. W tym przypadku odnotowano dowody potwierdzające skuteczność dla tych interwencji po ich zakończeniu, ale dowody na długoterminową skuteczność były sprzeczne.

Do analizy włączono sześć badań nad skutecznością terapii poznawczo-behawioralnej rozszerzonej o sesje podtrzymujące [15, 40–45]. Pięć z nich było długimi terapiami ambulatoryjnymi, jeden program realizowano podczas hospitalizacji pacjentów. Dwie terapie były indywidualnie, pozostałe prowadzono grupowo. Wszystkie te badania miały wysoką jakość metodologiczną.

Evers i wsp. [42] udowodnili, że nastąpiły pozytywne zmiany po interwencji, które utrzymywały się po sześciu miesiącach. Dane te zbierano za pomocą kwestionariuszy samoopisu.

Hammond i wsp. [43] porównywali terapię poznawczo-behawioralną z sesjami podtrzymującymi do edukacji zdrowotnej pacjentów i zauważyli, że grupa poddawana psychoterapii poznawczo-behawioralnej po 12 miesiącach od jej ukończenia nadal miała niższy poziom bólu mierzonego na wizualnej skali analogowej, wyżej oceniała własną skuteczność, praktykowała więcej zachowań prozdrowotnych i lepiej czuła się psychicznie.

Parker i wsp. [40, 44–45] odkryli, że w porównaniu ze standardową opieką medyczną, terapia poznawczo-behawioralna z sesjami podtrzymującymi spowodowała poprawę w kwestionariuszu Strategii Radzenia Sobie, na istotnym statystycznie poziomie. Po interwencji pacjenci słabiej doświadczali bólu oraz uzyskali mniej punktów na *Arthritis Impact Measurement Score* (AIMS) i zredukowali stres na skali *Stress Index*. Obniżenie w wynikach w AIMS utrzymało się.

Carson i wsp. [41] porównał terapię poznawczo-behawioralną i terapię poznawczo-behawioralną z sesjami podtrzymującymi i pokazał, że pacjenci z grupy poddanej terapii poznawczo-behawioralnej odczuwali mniejszy ból, przyjmowali lepsze strategie radzenia sobie, a ich nastrój uległ poprawie w porównaniu z osobami poddanymi standardowej opiece medycznej. Po dołączeniu sesji podtrzymujących nie odnotowano jednak dalszej poprawy.

Barsky i wsp. [15] zaprojektowali badanie długoterminowych korzyści płynących z trzech psychospołecznych metod wspomagania leczenia RZS: terapii poznawczo-behawioralnej, treningu relaksacyjnego oraz programu edukacji zdrowotnej dotyczącej RZS. Wprowadził do planu badania element podtrzymujący w postaci comiesięcznych, krótkich rozmów telefonicznych. Koncentrowały się one na przeglądzie informacji dostarczonych wcześniej i konsolidacji nabytych umiejętności, a także miały charakter działań zapobiegających nawrotom. W wyniku interwencji odczuwany ból obniżył się w grupach z treningiem relaksacyjnym, natomiast w grupie poddanej terapii poznawczo-behawioralnej nie zmienił się znacząco. Inne objawy RZS na podstawie wskaźników z kwestionariusza RASQ uległy osłabieniu w grupie poddanej terapii poznawczo-behawioralnej, natomiast w grupie pod-

danej relaksacji zaobserwowano nieznaczący pozytywny trend. Nie odnotowano poprawy u osób ze zdiagnozowaną depresją czy zaburzeniami lękowymi, co przedstawiają autorzy innych prac.

Autorzy przeglądu wnioskują, że trzynastcie badań pokazuje skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej w radzeniu sobie z RZS. W osiemnastu badaniach zauważono poprawę tuż po terapii, natomiast sprzecznych dowodów, co do jej skuteczności, dostarczyły analizy długoterminowego utrzymywania się zmian. Interwencje, które trwały dłużej niż sześć tygodni przyniosły pozytywne efekty. Doniesienia podkreślają wartość profilaktyczną udziału w terapii poznawczo-behawioralnej w ciągu dwóch pierwszych lat od zachorowania [37]. Istnieją sprzeczne dowody oceniające benefity z poddawania pacjentów sesjom *mindfulness* i terapii poznawczo-behawioralnej krótszego niż 6 tygodni. Nie ma wystarczających dowodów na efektywność wyizolowanej terapii relaksacyjnej.

Efekty stosowania terapii poznawczo-behawioralnej są na poziomie od niskich do umiarkowanych. Mimo że korzyści z pozamedycznych metod interwencji są skromne, przewyższają korzyści stosowania wyłącznie terapii medycznej. Tym samym stanowią one skuteczną metodę wspierającą standardowe leczenie.

Wnioski wyciągane z przytoczonych powyżej badań posiadają wiele ograniczeń:

- często trudno jest porównać poszczególne badania między sobą ze względu na brak ujednolicenia metod badawczych;
- brak porównania między podobnymi interwencjami jest szczególnie problematyczny w bezspornym uznaniu skuteczności poddanej terapii poznawczo-behawioralnej z leczeniem podtrzymującym. Tylko w jednym badaniu, Carson i wsp. [41], porównano terapię poznawczo-behawioralną z podtrzymaniem z terapią poznawczo-behawioralną bez spotkań podtrzymujących. Badanie to wykazało, że podtrzymanie nie wydaje się zwiększać skuteczności interwencji terapii poznawczo-behawioralnej;
- wielu analizowanym pracom można zarzucić niedoskonałości metodologiczne. W przyszłości warto zastosować dokładniejsze metody randomizacji i rekrutować więcej pacjentów;
- pacjenci, którzy w badaniu przesiewowym mieli bardzo wysokie wskaźniki depresji i lęku byli wykluczani z eksperymentu;

- w niektórych badaniach osoby oceniające rezultaty terapii były świadome zastosowanej interwencji, w szczególności oceny klinicznej wskaźników nasilenia choroby;
- w większości opracowań nie podawano konkretnych wyników. Zastosowanie tak dużej liczby miar wyników i różnych analiz statystycznych sprawia, że porównanie efektów jest bardzo trudne. Z tego powodu wykonano tylko jakościową analizę;
- w wielu badaniach nie ustanowiono grupy kontrolnej, która byłaby poddana aktywnej interwencji, była w kontakcie przez taki sam czas z psychoterapeutą;
- część pacjentów z grupy badanej było pod opieką akademickiego centrum medycznego i jako tacy nie byli grupą reprezentatywną;
- zdarzały się badania, gdzie leczenie farmakologiczne było zmieniane w czasie trwania eksperymentu;
- możliwe jest, że terapia poznawczo-behawioralna miała korzystny wpływ, którego nie wykryto. Aby wykluczyć tak małą przewagę terapii poznawczo-behawioralnej nad edukacją pacjenta wymagałoby próby o wielkości około 300 pacjentów w każdej z grup;
- prowadzący terapię często nie byli doświadczonymi terapeutami. Interwencje prowadziły przeszkolone pielęgniarki, doktoranci;
- odnosi się wrażenie, że w niektórych omawianych badaniach zredukowano terapię do wiązki technik poznawczo-behawioralnych. Jeżeli pracowano według protokołu dotyczyło to bólu (CBT-P, *protocol usually concerned pain*) oraz treningu radzenia sobie (CST, *self-management training*). Nigdzie nie wspomniano o konceptualizacji problemów pacjenta, jakby rdzenne schematy, wcześniejsze doświadczenia nie moderowały przebiegu i przeżywania choroby;
- nie wiadomo, czy grupy były homogeniczne, jeśli chodzi o rodzaj zgłaszanych problemów;
- do oceny aktywności choroby i nasilenia RZS używano różnych wskaźników, w tym wyniki badań laboratoryjnych i fizycznych. W wielu badaniach nie zbierano obiektywnych dowodów zaawansowania choroby;
- wydaje się, że skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej, chociaż ujawniana dla większości wyników statystycznie mała, jest klinicznie istotna. Pacjenci w tych interwencjach już otrzymywali standardowe

leczenie, a zatem wszelkie zmiany, na przykład doświadczenia bólu, poziomu niepełnosprawności, liczby tkliwych stawów czy polepszenie stanu psychicznego stanowi wartość dla konkretnego cierpiącego człowieka.

PODSUMOWANIE

Reumatoidalne zapalenie stawów jest autoimmunologicznym procesem zapalnym, któ-

ry powoduje przewlekły ból i niepełnosprawność. Nie tylko następstwa choroby w sferze emocji, zachowania i postrzegania swojej sytuacji, ale też fakt, że stresujące zdarzenia życiowe zaostrzają objawy choroby konieczne wydaje się kontynuowanie badań nad skutecznością interwencji psychoterapeutycznych. Zasadne jest propagowanie dostępności do psychoterapii w Polsce oraz korzystania z opracowanych, o potwierdzonej skuteczności protokołach terapeutycznych pomagającym chorym na RZS.