

Agnieszka Krawczyk

## **Diagnoza zespołu przewlekłego zmęczenia zaburzającego funkcjonowanie emocjonalne i poznawcze adolescentów**

### Wprowadzenie

Zmęczenie jest ważnym zagadnieniem praktycznym i teoretycznym, ze względu na powszechność oraz konsekwencje indywidualne i społeczne, które utrudniają prawidłowe funkcjonowanie człowieka.

W Polsce, z powodu uwarunkowania socjologiczne i kulturowe, częstość pojawiania się przewlekłego zmęczenia wydaje się być niedoceniana. Tempo zmian politycznych i ekonomicznych zachodzących w naszym kraju w ostatnich latach oraz europeizacja społeczeństwa mają wpływ na wzrost występowania objawów chronicznego zmęczenia.

Zjawisko zmęczenia, dostępne w doświadczeniu każdego człowieka, sprawia pewne trudności naukowcom: jest pojęciem na tyle szerokim i obejmuje tak różnorodne aspekty, że niełatwe staje się jego precyzyjne zdefiniowanie i podanie jednoznacznych kryteriów.

Zmęczenie jest wynikiem codziennego oddziaływania różnorodnych obciążeń na organizm ludzki. Jest przejściowym zmniejszeniem lub utratą zdolności do działania w wyniku wykonywanych uprzednio czynności. Zwykle pojawia się po zwiększonym wysiłku fizycznym czy też umysłowym, jako skutek przeciążenia pracą, nieprawidłowej higieny i odżywiania, czasami również jako objaw stresu, frustracji i kryzysów.

Najogólniej objawy zmęczenia można podzielić na związane z procesami fizjologicznymi oraz ze stanem umysłowym i emocjonalnym. Objawy somatyczne to osłabienie fizyczne, ospałość, pocenie się, bezsenność, bóle i zawroty głowy. Ze stanem umysłowym wiąże się utrudnienie myślenia, trudności w skupieniu uwagi, nietrwałość pamięci, niechęć do wysiłku umysłowego. Zmiany w stanie emocjonalnym to: odczuwany niepokój, nad-

mierna pobudliwość, drażliwość, niepewność, apatia i zniechęcenie oraz nasilenie się lęku i obaw.

Zmęczenie, które zależy od możliwości psychofizjologicznych i indywidualnych reakcji człowieka nie jest jednakowo odczuwane przez wszystkich. Dzieci o słabszym układzie nerwowym szybciej się męczą i potrzebują więcej odpoczynku. Kumulacja nawet nieznacznego, lecz stałego zmęczenia stanowi poważne niebezpieczeństwo dla ich prawidłowego rozwoju.

U dzieci w początkowym etapie zmęczenia dochodzi do osłabienia aktywnego hamowania, co objawia się przede wszystkim niepokojem ruchowym. Tę pierwszą fazę zmęczenia określa się nieraz „pobudzeniem ochronnym”. Następną fazą charakteryzuje się osłabieniem pobudzenia i przewagą procesów hamowania. Najpierw ulegają zahamowaniu procesy poznawcze, mające charakter abstrahowania. Potem, w miarę nasilającego się zmęczenia, zostają również osłabione bądź zniekształcone funkcje poznawcze, bezpośrednio wiążące się ze zmysłowym odbieraniem bodźców zewnętrznych (sposobienie dziecka staje się niejasne, niedokładne, a czasem nawet mylne). Występuje obniżenie pamięci i wydłużony czas reakcji. U uczniów przejawia się to zwolnieniem szybkości pracy, pogorszeniem dokładności jej wykonywania, osłabieniem uwagi, a w końcu przerwaniem działania. W czasie zwiększającego się zmęczenia usuwane są przez świadomość najpierw bodźce, które nie mają dla danej osoby znaczenia uczuciowego (których dynamizm uczuciowy jest mały). Jest to połączone z odwróceniem od nich uwagi i brakiem chęci do wysiłku poznawczego czy ruchowego. Potem, w miarę rozszerzającego się zmęczenia, nawet bodźce wywołujące normalnie żywą reakcję uczuciową, są przez świadomość przyjmowane coraz słabiej, aż wreszcie wyłącza się ona prawie zupełnie i wtedy występuje krańcowa forma hamowania ochronnego. Dalszą, nieuniknioną konsekwencją narastającego zmęczenia jest przejście organizmu w stan znużenia występujący już jako szkodliwe, niszczące zjawisko patologiczne<sup>1</sup>. Osoby przemęczone są mniej odporne na działanie różnego rodzaju czynników szkodliwych, łatwiej zapadają na niektóre choroby, czują się osłabione. Podejmowana przez nich praca,

---

<sup>1</sup> Por. D. Coner, M. Jakubowski, *Poglądy Janiny Doroszewskiej na swoistości rozwojowe dzieci przewlekle chorych*, „Psychologia Wychowawcza” 2 (1982), s. 178-186.

wykonywana przy wyraźnie obniżonej sprawności ustroju, jest mało efektywna, a utrzymanie wydajności na wyższym poziomie wymaga niewspółmiernie dużego wysiłku. W fazie przemęczenia powtarzają się ciągle utrwalone, patologiczne już reakcje zaburzając normalne procesy regulacji stosunków z otoczeniem. Jest to szczególnie groźne dla dzieci i młodzieży, gdyż może ujemnie wpływać na ich rozwój i stan zdrowia.

Praktyka kliniczna wskazuje, że zmęczenie jest często spotykanym, chociaż niespecyficznym symptomem towarzyszącym różnorodnym przewlekłym chorobom somatycznym. Jest ono również podstawowym objawem zespołu przewlekłego zmęczenia (Chronic Fatigue Syndrome – CFS), który ostatnio stał się przedmiotem intensywnych badań i kontrowersji.

## Konsensualna definicja zespołu przewlekłego zmęczenia – Chronic Fatigue Syndrome (CFS)

Chronic Fatigue Syndrome cechuje przede wszystkim występowanie chronicznego lub powracającego, wyniszczającego zmęczenia połączonego z różnego rodzaju niespecyficznymi symptomami<sup>2</sup>. Diagnoza oparta jest na fenomenologii opisowej. W związku z dużą ilością hipotez dotyczących przyczyn i istoty tego schorzenia, grupa międzynarodowych badaczy w 1994 roku opublikowała konsensualną definicję, która umożliwiła standaryzację diagnozy CFS w różnych krajach<sup>3</sup>. Według niej, zespół przewlekłego zmęczenia charakteryzuje uczucie stałego, niewyjaśnionego i wyniszczającego zmęczenia trwającego ponad 6 miesięcy, o określonym początku w czasie, nie związane z długotrwałym wysiłkiem, nie ustępującego po wypoczynku oraz ograniczającego aktywność na płaszczyźnie zawodowej, szkolnej, towarzyskiej i osobistej<sup>4</sup>.

---

<sup>2</sup> Por. A. Krawczyk, L. Szewczyk, *Psychofizjologiczne mechanizmy zespołu przewlekłego zmęczenia*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna” 1 (2003) 3, s. 45-48.

<sup>3</sup> Por. B.H. Natelson, *Facing and Fighting Fatigue: A Practical Approach*, New Haven-London 1998.

<sup>4</sup> Por. R. Moss-Morris, *The Role of Illness Cognitions and Coping in the Aetiology and Maintenance of the Chronic Fatigue Syndrome (CFS)*, w: *Perceptions of Health and Illness Current Research and Applications*, red. K.J. Petrie, J.A. Weinman, Amsterdam 1997, s. 411-439.

Konieczne jest również współwystępowanie 4 lub więcej z 8 niespecyficznych symptomów pobocznych, takich jak:

- 1) trwające lub nawracające osłabienie pamięci bezpośredniej i zaburzenia koncentracji w poważnym stopniu redukujące aktywność;
- 2) bóle gardła;
- 3) bolesne węzły chłonne karkowe lub pachowe;
- 4) bóle mięśniowe;
- 5) bóle stawowe bez obrzęków i zaczerwienienia;
- 6) bóle głowy;
- 7) zaburzenia snu nie dające poczucia wypoczynku;
- 8) złe samopoczucie po wysiłku trwające dłużej niż 24 godziny<sup>5</sup>.

Wykluczone muszą zostać przyczyny natury infekcyjnej, reumatycznej, metabolicznej i endokrynej, które mogłyby być wyjaśnieniem istniejących objawów<sup>6</sup>.

Przyjęta definicja nie wyłącza osób, u których zmęczenie wynika z przyczyn natury psychospołecznej, psychicznej lub ze stresu<sup>7</sup>.

Według R. Moss-Morris i B.H. Natelzona psychologiczne aspekty zmęczenia muszą być koniecznie wzięte pod uwagę przy próbach wyczerpującego zrozumienia zespołu przewlekłego zmęczenia<sup>8</sup>.

A. Masuda i współpracownicy uważają za słuszne przyjęcie spekulacji mówiącej o tym, że kiedy osoby cierpiące na chroniczne zmęczenie doświadczą licznych stresów i/lub zostaną poddane infekcji wirusowej, to ich zmęczenie oraz fizyczne symptomy choroby nasilą się. Stan taki, utrzymując się przez dłuższy czas,

---

<sup>5</sup> Por. K.M. Jordan, D.A. Landis, M.C. Downey, S.L. Osterman, A.E. Thurm, L.A. Jason, *Chronic Fatigue Syndrome in Children and Adolescents: A Review*, „Journal of Adolescent Health” 22 (1998), s. 4-18.

<sup>6</sup> Por. A. Smit, *Zespół przewlekłego zmęczenia – leczenie antyhomotoksyczne*, „Medycyna Biologiczna” 4 (1996), s. 135-140.

<sup>7</sup> Por. L.A. Jason, J.A. Richman, Friedberg, L. Wagner, R. Taylor, K. Jordan, *Politics, Science and the Emergence of a New Disease. The Case of Chronic Fatigue Syndrome*, „American Psychologist” 52 (1997) 9, s. 973-983.

<sup>8</sup> Por. R. Moss-Morris, *The Role of Illness Cognitions and Coping in the Aetiology and Maintenance of the Chronic Fatigue Syndrome (CFS)*, art. cyt., s. 411-439; B.H. Natelson, *Facing and Fighting Fatigue: A Practical Approach*, dz. cyt.

może przerodzić się w CFS<sup>9</sup>. Stąd pacjenci chronicznie zmęczeni stanowią grupę wysokiego ryzyka zachorowania na zespół przewlekłego zmęczenia. Potwierdziły to kliniczne obserwacje.

## Czynniki warunkujące powstanie chronicznego zmęczenia w okresie dorastania

Zdaniem J.P. Orth, wiek dorastania sprzyja pojawieniu się chronicznego zmęczenia<sup>10</sup>. Występujące w tym okresie konflikty wewnętrzne, frustracje, trudności w realizowaniu potrzeb i dążeń, niski poziom dojrzałości emocjonalnej, zmniejszona odporność na sytuacje stresowe, niepowodzenia w kontaktach z ludźmi przyczyniają się do wystąpienia zmęczenia. Często problemy te związane są ze specyfiką wieku rozwojowego: z dojrzewaniem seksualnym, zmianą ról społecznych, trudnościami w odnalezieniu własnej tożsamości<sup>11</sup>. Już samo dojrzewanie somatyczne dostarcza nastolatkom dużo kłopotów, z których część jest uwarunkowana obiektywnie, a część wynika z braku przygotowania do przeżywania tego okresu. Obiektywnie uwarunkowane są kłopoty związane z chwiejnością psychiczną, spowodowaną pewnymi dysfunkcjami hormonów. Objawia się to zmęczeniem, trudnościami w nauce, dużą pobudliwością nerwową<sup>12</sup>. U dziewcząt objawy zmęczenia pojawiają się wśród innych dolegliwości towarzyszących menstruacji.

Zmęczenie u dorastających jest zazwyczaj skutkiem przeżywania silnego napięcia emocjonalnego. Jeśli adolescent nie panuje nad swoimi uczuciami, stałe napięcie emocjonalne obniża jego wydajność, stanowi także podłoże występowania bólów głowy, braku apetytu i zaburzeń w trawieniu. Z czasem może

---

<sup>9</sup> Por. A. Masuda, S.I. Nozoe, T. Matsuyama, H. Tanaka, *Psychobehavioural and Immunological Characteristics of Adult People with Chronic Fatigue and Patients with Chronic Fatigue Syndrome*, „Psychosomatic Medicine” 56 (1994), s. 512-518.

<sup>10</sup> Por. J.P. Orth, *Dlaczego jestem zmęczona?*, Warszawa 1995.

<sup>11</sup> Por. I. Obuchowska, *Drogi dorastania. Psychologia rozwojowa okresu dorastania dla rodziców i wychowawców*, Warszawa 1996.

<sup>12</sup> Por. L. Szewczyk, L. Bożek, J. Synowski, *Symptomatologia zaburzeń emocjonalnych u młodocianych z cukrzycą insulinozależną*, w: *Diabetes Mellitus*, red. Cz. Wójcikowski, Gdańsk 1991, s. 348-352; J.P. Orth, *Dlaczego jestem zmęczona?*, dz. cyt.

ono wpływać na zaburzenia snu i zły stan zdrowia, utratę wagi, osłabienie, a nawet wyczerpanie. Takie sytuacje obniżają również ogólną sprawność jednostki, co może być potraktowane jako chęć zwrócenia uwagi na siebie, ucieczki od nieprzyjemnych sytuacji szkolnych lub towarzyskich albo od odpowiedzialności.

Młodzież jest szczególnie podatna na oddziaływanie negatywnych czynników zewnętrznych w środowisku szkolnym. Główną rolę odgrywa atmosfera, relacja uczeń – nauczyciel, a także kontakty z rówieśnikami<sup>13</sup>. Coraz dłuższa nauka w zwiększających się zespołach uczniów, przy narastającym przeciążeniu programów nauczania realizowanych w pośpiechu, przy często niezadowolonych ze swej roli społecznej nauczycielach powoduje, że problemy szkolne młodzieży są coraz liczniejsze<sup>14</sup>. Obserwacje prowadzone wśród uczniów wykazują, że na skutek niewłaściwie prowadzonego procesu dydaktycznego, przemęczenia pracą umysłową i złych warunków higienicznych w zastraszającym tempie rośnie ilość zaburzeń neurowegetatywnych. Nie zawsze zmęczeni uczniowie są tak postrzegani przez nauczycieli, ale też i nauczyciele czasem błędnie interpretują zachowania uczniów<sup>15</sup>.

Obecnie nie brakuje młodzieży, która obok nauki w szkole podejmuje zbyt wiele dodatkowych zajęć, by sprostać coraz większej presji dążenia do sukcesu, osiągnięcia w przyszłości pożądanego stanowiska zawodowego i zdobycia wykształcenia w renomowanej szkole<sup>16</sup>. Ponadto, współczesna cywilizacja bombarduje nas ogromnymi ilościami informacji za pomocą środków masowego przekazu, zwłaszcza mocno obecnego w życiu nastolatków Internetu, oraz wymaga podążania za rozwojem techniki i swobodnego poruszania się w świecie komputerów.

Konflikty domowe, brak popularności wśród rówieśników lub słabe wyniki w nauce wywołują nierzadko lęk, zahamowanie, nieśmiałość czy różne objawy nieprzystosowania. Nie musi to jednak doprowadzać do wyraźnego załamania nastroju i napędu, ale

---

<sup>13</sup> Por. C. Chiland, J.G. Young, *Why children reject school: view from seven countries. The child and his family*, Yale University Press 1990.

<sup>14</sup> Por. I. Obuchowska, *Drogi dorastania*, dz. cyt.; A.L. Groisman, *Accentuation of character and neuroses in schoolchildren*, „*Psichologicheskii Zhurnal*” 5 (1984) 5, s. 127-136.

<sup>15</sup> Por. C. Chiland, J.G. Young, *Why children reject school: view from seven countries*, dz. cyt.

<sup>16</sup> Por. H. Markus, *Przewlekłe zmęczenie*, Warszawa, 1998.

często wyraża się w trudnościach z koncentracją uwagi, niechęcią do pracy, osłabieniem pamięci, ogólnym złym samopoczuciem, apatią, zmęczeniem, labilnością nastroju, izolacją, pustką uczuciową i bezsensem życia<sup>17</sup>.

Wśród nastolatków częstym zjawiskiem jest beztroska w stosunku do własnego zdrowia. Wyrazem tego jest lekceważenie zasad higieny i podejmowanie ryzykownych działań przy zaniebdaniu środków ostrożności. Odżywiają się oni nieracjonalnie, objadają słodyczami, potrafią zużywać w ciągu dnia ogromne ilości energii, której braku nie starają się później wyrównać przez odpowiedni wypoczynek i sen. Z pewnością przyczynia się to do gorszego samopoczucia i powstawania zmęczenia na skutek kumulowania się tego typu sytuacji. Prawdą jest, że organizmy nastolatków posiadają spore możliwości odnowy, jednak zbyt intensywna „eksploatacja” przynieść może w przyszłości problemy w postaci przemęczenia predysponującego do CFS.

Uwzględniając ryzyko wystąpienia zespołu przewlekłego zmęczenia wśród nastolatków, wskazana jest wnikliwa analiza pogłębiająca wyjaśnienie tego problemu i znalezienie skutecznych sposobów terapii.

## Kliniczny obraz adolescentów cierpiących na CFS

Ch.J. Rikard-Bell i G.H. Waters dokonali szczegółowej analizy adolescentów cierpiących na zespół przewlekłego zmęczenia<sup>18</sup>. Już sama diagnoza CFS pociąga za sobą ogromne psychologiczne konsekwencje. Życie rodzinne i szkolne, osobowy rozwój pacjenta oraz relacje z rówieśnikami zostają zwykle zakłócone<sup>19</sup>. Wtórne problemy psychologiczne mogą się rozwinąć w zależności od natury choroby i reakcji rodziny nastolatka. Obniżone poczucie własnej wartości, zmieniony obraz siebie<sup>20</sup>, nieobecno-

---

<sup>17</sup> Por. J. Bomba, *Depresja młodzieńcza*, w: *Zaburzenia psychiczne u młodzieży*, red. M. Orwid, Warszawa 1981, s. 119-138.

<sup>18</sup> Por. Ch.J. Rikard-Bell, B.G.H. Waters, *Psychosocial management of chronic fatigue syndrome in adolescence*, „Australian and New Zealand Journal of Psychiatry” 26 (1992), s. 64-72.

<sup>19</sup> Por. N. Breslau, *Psychiatric disorder in children with physical disabilities*, „Journal of the American Academy of Child Psychiatry” 24 (1985), s. 87-94.

<sup>20</sup> Por. S. Berger, *Chronic fatigue syndrome: a self psychological perspective*, „Clinical Social Work Journal” 21 (1993) 1, s. 71-84.

ści w szkole, ograniczone kontakty z rówieśnikami i zakłócenia życia rodzinnego połączone z chronicznym schorzeniem mogą niekorzystnie wpływać na dojrzewanie zarówno w czasie trwania CFS, jak również długo po tym jak zostanie on wyleczony<sup>21</sup>. Rodziny pacjentów często odczuwają bezradność, przejawiają bardzo niski poziom oczekiwań wobec chorego, ze względu na ciężką dolegliwość i związane z nią problemy<sup>22</sup>. Najczęściej odnotowaną trudnością w rodzinach dorastającego chorego dziecka jest postawa nadopiekuńczości, która utrwała i pogłębia niepełnosprawność, utrudnia rozwój psychiczny i społeczny oraz znacznie ogranicza samodzielność<sup>23</sup>.

G.S. Taerk i inni podkreślają związek między czasem wystąpienia objawów a zakłóceniami w relacjach osobowych<sup>24</sup>. Uważają oni, że istnieje zarówno psychiczna, jak i fizjologiczna podatność na chorobę, powstała w wyniku problemów we wczesnych relacjach matka – dziecko. Może ona w przyszłości doprowadzić do wystąpienia objawów CFS.

Czynnikami predysponującym do powstania CFS w okresie adolescencji mogą być pewne cechy osobowości<sup>25</sup>. Należą do nich: trudności w nawiązywaniu kontaktów towarzyskich, skrupulatność, małomówność, skromność, postrzeganie stresów szkolnych jako niemożliwych do pokonania<sup>26</sup>. Ze względu na ograniczone możliwości funkcjonowania w społeczeństwie nastolatki tracą sposobność nawiązywania bliskich relacji w szkole oraz w formalnych i nieformalnych grupach. Towarzyszące im osamotnienie powoduje, że doświadczają braku poczucia przynależności

---

<sup>21</sup> Por. Ch.J. Rikard-Bell, B.G.H. Waters, *Psychosocial management of chronic fatigue syndrome in adolescence*, art. cyt., s. 64-72.

<sup>22</sup> Por. J.R. Wachsmuth, H.L. MacMillan, *Effective Treatment for an Adolescent with Chronic Fatigue Syndrome*, „Clinical Pediatrics” 30 (1991) 8, s. 488-490.

<sup>23</sup> Por. Ch.J. Rikard-Bell, B.G.H. Waters, *Psychosocial management of chronic fatigue syndrome in adolescence*, art. cyt., s. 64-72.

<sup>24</sup> Por. G.S. Taerk, W. Gnam, *A Psychodynamic View of the Chronic Fatigue Syndrome. The Role of Object Relations in Etiology and Treatment*, „General Hospital Psychiatry” 16 (1994) 5, s. 319-325.

<sup>25</sup> Por. A.L. Groisman, *Accentuation of character and neuroses in school-children*, „Psikologicheskii Zhurnal” 5 (1984) 5, s. 127-136.

<sup>26</sup> Por. M.E. Garralda, *Severe Chronic Fatigue Syndrome in Childhood: A Discussion of Psychopathological Mechanisms*, „European Child and Adolescent Psychiatry” 1 (1992) 2, s. 111-118.

i identyfikacji z innymi osobami na wielu poziomach. Według R. Schweitzera tylko 45% pacjentów z CFS było zdolnych do wypełniania obowiązków szkolnych lub zawodowych<sup>27</sup>.

Psychiatrzy zaobserwowali, że osoby z CFS mają problemy ze skonsolidowaniem zapamiętanych treści i są 2,5 razy wolniejsi w procesie przeszukiwania pamięci. Ich deficyt objawia się w przetwarzaniu i kodowaniu informacji oraz koncentracji i skupieniu uwagi. Ogólna pamięć i zdolności werbalne pozostają u nich w normie<sup>28</sup>.

G.C. Wood zaobserwował, że chorzy na CFS mają trudności w komunikowaniu swoich wewnętrznych uczuć, szczególnie uczucia wrogości<sup>29</sup>, co I. Pilowsky wiąże z introwersją i aleksytymią<sup>30</sup>.

M.E. Garralda podała cechy wywołujące zespół przewlekłego zmęczenia u dzieci<sup>31</sup>. Wśród nich znajdują się:

I. Czynniki związane z chorobą:

- 1) przyczyna fizyczna, przyspieszająca – „grypopodobna” infekcja;
- 2) towarzyszące symptomy depresyjne.

II. Czynniki wynikające z sytuacji chorego:

- 1) dotyczące dziecka:
  - a) koncentrowanie się na rozwoju umysłowym (wysokie wymagania);
  - b) cechy osobowości – skrupulatność/obsesyjność, wrażliwość, ograniczona zdolność komunikowania uczuć;
- 2) odnoszące się do rodziny:
  - a) problemy zdrowotne – zmęczenie/nadpobudliwość, koncentrowanie się na chorobie,

---

<sup>27</sup> Por. R. Schweitzer, B. Kelly, A. Foran, *Quality of Life in Chronic Fatigue Syndrome*, „Social Science and Medicine” 41 (1995), s. 1367-72.

<sup>28</sup> Por. L.C. Higgins, *Memory Problems Plague Many CFS Patients*, „Medical World News” 9 (1990), s. 15.

<sup>29</sup> Por. G.C. Wood, R.P. Bentall, M. Göpfert, M.E. Dewey, R.T.H. Edwards, *The differential response of chronic fatigue, neurotic and muscular dystrophy patients to experimental psychological stress*, „Psychological Medicine” 24 (1994), s. 357-364.

<sup>30</sup> Por. I. Pilowsky, *Abnormal illness behaviour*, „British Journal of Medical Psychology” 42 (1988), s. 347.

<sup>31</sup> Por. M.E. Garralda, *Severe Chronic Fatigue Syndrome in Childhood: A Discussion of Psychopathological Mechanisms*, art. cyt., s. 111-118.

- b) wysokie oczekiwania w stosunku do zachowania i wykształcenia dziecka;
- c) nadmierna bliskość emocjonalna;
- d) słaba zdolność komunikowania uczuć.

Intensywniejsza opieka nad dzieckiem wywołana chorobą pełni rolę wsparcia, z drugiej jednak strony utrudnia otwartą dyskusję na temat konfliktów i niepokojów. Problemy te mogą być dodatkowo wzmacniane przez czynniki pochodzenia rodzinnego, takie jak: nadmierna troska o wzajemne dobro członków rodziny, niski próg tolerancji na stres oraz brak umiejętności radzenia sobie z nim. Trudności z komunikowaniem swoich problemów emocjonalnych, w powiązaniu z presją zdobywania sukcesów w szkole i w relacjach towarzyskich (wynikającą z predyspozycji osobowościowych), uniemożliwiają uwolnienie się od przeżywanych niepokojów. Typ osobowości ukierunkowanej na osiągnięcia i wypracowanie określonego standardu zachowań może utrwalić mechanizm zaprzeczania niepowodzeniom. Adolescenci z CFS uzależniają poczucie własnej wartości oraz szacunek ze strony innych od zdolności do osiągania wysoko postawionych celów<sup>32</sup>. Gdy zostaną oni poddani działaniu czynników przyspieszających, które zmniejszają ich wydajność, na przykład połączenie nadmiernego stresu z ostrą infekcją, to początkowo reagują chęcią kontynuowania wysiłku oraz dalszego zmagania się z problemami. Zachowanie takie prowadzi jednak do wyczerpania. Dla wytłumaczenia tej sytuacji, chory przypisuje swoje wyczerpanie czynnikom fizycznym, nie chcąc zaakceptować urażającej jego ambicję sugestii, iż jest ono przejawem osobistej słabości. Podejście takie koncentruje się bardziej na somatycznych, a nie emocjonalnych aspektach choroby. Symptomy fizyczne, które mogą towarzyszyć przewlekłemu wyczerpaniu psychicznemu oraz bezczynności, na przykład zaburzenia koncentracji, bóle mięśni itp. traktowane są jako objawy chorobowe. Takie somatyczne podejście interpretacyjne prowadzi do utrwalenia cyklu unikania aktywności, mającego na celu złagodzenie symptomów. Z kolei ograniczenie aktywności klóci się ze zorientowaną na sukces osobowością. Dochodzi więc do ponownego podjęcia działań, służących zaspokojeniu własnych

---

<sup>32</sup> Por. C. Surawy, A. Hackmann, K. Hawton, M. Sharpe, *Chronic fatigue syndrome: A cognitive approach*, „Behavior Research and Therapy” 33 (1995), s. 535-544.

oczekiwań. Jednak to czasowe ożywienie powoduje nieuchronne zaostrenie objawów. Z upływem czasu ustają wysiłki sprośtania wcześniejszym wymaganiom, a pacjenci stają się coraz bardziej zaabsorbowani symptomami i swoją chorobą. Prowadzi to do chronicznego braku aktywności i przekonania, że cierpi się na nieuleczalną chorobę<sup>33</sup>.

Badania podłużne i przekrojowe potwierdzają, że strategie ograniczające powodują wzrost zaburzeń i dysfunkcji<sup>34</sup>. Natomiast utrzymanie dotychczasowego poziomu aktywności, odwracanie uwagi od symptomów oraz poszukiwanie wsparcia emocjonalnego ujemnie koreluje z osłabieniem sprawności (*functional impairment*)<sup>35</sup>.

Istnieje wiele kontrowersji dotyczących terapii zespołu przewlekłego zmęczenia ze względu na złożoną etiopatogenezę i niejednoznaczny obraz kliniczny<sup>36</sup>. Stosuje się leczenie psychotropowe i modulację odpowiedzi immunologicznej<sup>37</sup>. Istotne znaczenie w poprawie stanu klinicznego pacjentów ma psychoterapia, zwłaszcza kognitywno-behawioralna<sup>38</sup>, psychoanalityczna<sup>39</sup>,

---

<sup>33</sup> Por. C. Surawy, A. Hackmann, K. Hawton, M. Sharpe, *Chronic fatigue syndrome: A cognitive approach*, art. cyt., s. 535-544.

<sup>34</sup> Por. M.C. Sharpe, K. Hawton, V. Seagroatt, G. Pasvol, *Follow up of patients presenting with fatigue to an infectious diseases clinic*, „British Medical Journal” 304 (1992), s. 147-152.

<sup>35</sup> Por. C. Ray, S. Jefferies, W.R.C. Weir, *Coping and chronic fatigue syndrome: Illness responses and their relationship with fatigue, functional impairment and emotional status*, „Psychological Medicine” 25 (1995), s. 937-945; R. Moss-Morris, K.J. Petrie, J. Weinman, *Functioning in chronic fatigue syndrome. Do illness perceptions play a regulatory role?*, „British Journal of Health Psychology” 1 (1996), s. 15-25.

<sup>36</sup> Por. A. Krawczyk, L. Szewczyk, *Psychofizjologiczne mechanizmy zespołu przewlekłego zmęczenia*, art. cyt., s. 45-48.

<sup>37</sup> Por. D. Czarnowski, B. Panasiuk, A. Wiercińska-Drapała, B. Puzanowska, D. Prokopowicz, *Zespół przewlekłego zmęczenia*, „Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej” 2 (1996), s. 161-164; N.M. Gantz, G.P. Holmes, *Treatment of Patients with Chronic Fatigue Syndrome*, „Drugs” 38 (1989) 6, s. 855-862.

<sup>38</sup> Por. L.A. Jason, J.A. Richman, Friedberg, L. Wagner, R. Taylor, K. Jordan, *Politics, Science and the Emergence of a New Disease. The Case of Chronic Fatigue Syndrome*, dz. cyt., s. 973-983; L.B. Krupp, W.B. Mendelson, R. Friedman, *An Overview of Chronic Fatigue Syndrome*, „Journal of Clinical Psychiatry” 52 (1991) 10, s. 403-410; B.H. Natelson, *Facing and Fighting Fatigue: A Practical Approach*, dz. cyt.

<sup>39</sup> Por. G.S. Taerk, W. Gnam, *A Psychodynamic View of the Chronic Fatigue Syndrome*, dz. cyt., s. 319-325.

a w przypadku adolescentów – systemowa terapia rodzinna i podtrzymująca<sup>40</sup>. Leczenie zespołu zmęczenia psychicznego powinno być całościowe, a nie ograniczać się tylko do terapii objawowej<sup>41</sup>.

Na podstawie wielu badań naukowych można zauważyć, że mechanizmy psychogenne pełnią ważną rolę, jeśli nie w procesie powstawania choroby, to prawdopodobnie w dalszym jej przebiegu. Trudno jednak precyzyjnie wykreślić psychologiczny obraz pacjentów<sup>42</sup>.

Biorąc pod uwagę zasięg występowania CFS wśród nastolatków, wskazanym byłoby podjęcie dalszych badań. Konieczna jest profilaktyka we wcześniejszych okresach życia, ponieważ pojawiające się u dorosłych przewlekłe zmęczenie może mieć już źródła w okresie adolescencji.

---

<sup>40</sup> Por. Ch.J. Rikard-Bell, B.G.H. Waters, *Psychosocial management of chronic fatigue syndrome in adolescence*, art. cyt., s. 64-72; M.E. Garralda, *Severe Chronic Fatigue Syndrome in Childhood: A Discussion of Psychopathological Mechanisms*, art. cyt., s. 111-118.

<sup>41</sup> Por. A. Smit, *Zespół przewlekłego zmęczenia*, dz. cyt., s. 135-140.

<sup>42</sup> Por. I. Hickie, A. Lloyd, D. Wakefield, D. Parker, *The Psychiatric Status of Patients with Chronic Fatigue Syndrome*, „British Journal of Psychiatry” 156 (1990), s. 534-540.