

Tomasz Kopacz

Zespół przewlekłego zmęczenia jako problem terapeutyczny

Chronic fatigue syndrome as a therapeutic problem

Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II
Wydział Nauk Społecznych
Instytut Psychologii
Psychologia wspierania jakości życia

Wprowadzenie

W dzisiejszych czasach społeczeństwo postawiło sobie cel, który niesie za sobą szereg problemów. Cel ten, to rozwój osobisty. Ma on posłużyć dojściu do coraz to wyższego szczebla kariery zawodowej. Nie byłoby w tym nic złego, gdyby nie fakt, że osiągnięcie tego celu jest teraz sporym wyczynem, który wymaga mnóstwo zaangażowania. Należy poświęcić w rozwój osobisty sporo zasobów materialnych, ale również czasu. Tu pojawia się problem – dużo zadań, dużo obowiązków, a czasu na to jest niewiele. Przy tylu obowiązkach i przy tej presji czasu, jaka często jest narzucana, można po prostu się zatracić. Nie uwzględniamy podstawowych potrzeb takich jak regularne posiłki, czy odpowiednio długi sen. O ile taki rozwój sytuacji trwa stosunkowo krótko, to nie stanowi to większego problemu. Zdrowy organizm zregeneruje się, jeśli mu na to pozwolimy. Problem pojawia się wtedy, gdy przestajemy mieć kontrolę nad ilością obo-

wiązków, zadań, a gonitwa przybiera na swym tempie. Jednym z zagrożeń takiego funkcjonowania jest zespół przewlekłego zmęczenia.

Choroba ta należy do dziedziny chorób psychosomatycznych. W związku z tym określenie genezy, struktury i etiologii nie jest łatwe. Zaburzenia psychosomatyczne uwzględniające stosunek psychiki do ciała do dziś rozpatrywane są wieloaspektowo, ze względu na złożoność procesów i trudność w uchwyceniu czynnika, który łączy ze sobą aspekt psychiczny i somatyczny. Co za tym idzie wizyta osoby chorej na zespół przewlekłego zmęczenia nie skończy swojego leczenia na wizycie u specjalisty i wykupieniu listy leków z recepty. Pojawia się więc pytanie – co zrobić, jeśli spotka nas ten syndrom? Czy istnieje jakiś sposób na wyleczenie? Czy medycyna lub psychologia potrafi zmierzyć się skutecznie z tym problemem?

Odpowiedzi na te pytania mogą stanowić problem. Owszem – podejmując próbę przyję-

cia pewnych koncepcji i założeń dotyczących samej genezy tego zaburzenia, możemy postarać się o wyciągnięcie wniosków pozwalających na ułożenie jakiegoś kształtu terapii. Jednak niestety nie można powiedzieć z całą odpowiedzialnością, że jest to model skuteczny, sprawdzający się w ponad połowie przypadków. Najbardziej trafna (jak do tej pory) okazuje się terapia behawioralno-poznawcza, zakładająca, że podstawą leczenia powinna być zmiana percepcji zespołu przewlekłego zmęczenia oraz zmniejszenie aktywności ulegające, podczas terapii, stopniowemu zwiększeniu. Zatem terapia opisywanego zaburzenia nie jest „przypadkiem beznadziejnym”. Wymaga ona dopracowania, przekształcenia, ale przede wszystkim zajęcia się nią. Praca ta ma na celu przyjrzenie się samej charakterystyce zespołu przewlekłego zmęczenia, ale głównym jej zadaniem jest przedstawienie profilaktyki i koncepcji terapeutycznych.

Schemat mojej pracy obejmował będzie trzy paragrafy. Pierwszy z nich odnosić się będzie do samej nazwy zespołu przewlekłego zmęczenia. Jest to ważne, ponieważ samo przedstawienie choroby może mieć znaczący wpływ na badanie oraz na terapię. Paragraf drugi obejmować będzie charakterystykę zespołu przewlekłego zmęczenia. W nim przedstawię i opiszę kryteria diagnostyczne tak, by pozwoliły one na ewentualną dyskusję na temat możliwych przyczyn pojawienia się tego zaburzenia oraz na zastanowienie się nad wczesną interwencją. Trzeci paragraf stanowi zbiór dostępnych pozycji dotyczących profilaktyki jak również i terapii opisanie przebiegu leczenia.

1. Zespół przewlekłego zmęczenia – definicje i jej wpływ na chorobę

Mimo, że istnieje zgoda, iż zespół przewlekłego zmęczenia stwarza rzeczywiste zagrożenie dla zdrowia, szczęścia i wydajności, to różne grupy osób zajmujących się tym problemem (lekarze, naukowcy i pacjenci) stosują różne nomenklatury, hipotezy etiologiczne, co jest wynikiem wielu kontrowersji dotyczących tej choroby. Sama nazwa budzi kontrowersje, gdyż wielu pacjentów twierdzi, iż trywializuje ona stan zdrowia i zniechęca pacjentów do badań. Jest to ważne dla samej terapii, gdyż około 90% pacjentów uważa, że sama pomoc interwencyjna jest dla nich bardzo ważna (Survey Summary Report, *Action for M.E.*, 2008). Stąd też oprócz zespołu przewlekłego zmęczenia proponuje się takie nazewnictwo, jak „zespół dysfunkcji immunologicznej” lub „choroba royal free” (Donoghue, Siegel (1992, 2000). Różne definicje stosowane do badań choroby mogą mieć wpływ na rodzaje pacjentów wybieranych do badań, a badania wskazują również na podtypy pacjentów w rozumieniu heterogenicznym choroby. Zatem definicja warunkuje wybór pacjentów wybieranych do badań, a same badania wyodrębniają podtypy pacjentów, jeśli chodzi o zrozumienie i proces choroby.

Jednym z wcześniejszych przykładów rozumienia zespołu przewlekłego zmęczenia jest monografia z 1947 r., w której badacze Burtley i Chute w oparciu o badania psychologów i fizjologów stwierdzili, że zmęczenie jest sygnałem „wczesnego ostrzegania” informującego, iż zasoby jednostki zostały ocenione zbyt wysoko (Chojnacka-Szawłowska, 2009; za: Olson, 2007). Na tej podstawie Aaronson stworzył definicję opisującą zespół przewlekłego zmęczenia – „zmęczenie to świadomość obniżenia zdolności do fizycznej lub umysłowej aktywności, powodującej nierównowagę

w możliwościach, spożytkowaniu i/lub odnowieniu potrzebnych zasobów do sprawnej aktywności” (Chojnacka-Szawłowska, 2009, str. 63).

Definicjom tym towarzyszą liczne zmiany, wynikające ze znalezienia ewentualnych przyczyn pojawienia się tego zespołu. Przykładem są australijskie badania na grupie osób po przebytej infekcji wirusowej, która (w wyniku wielu badań) spełnia kryteria dla zespołu przewlekłego zmęczenia. Wysunięto wniosek, iż „zespół zmęczenia pozakaźny” jest poprawnym modelem choroby do badania patofizjologicznej drogi do syndromu przewlekłego zmęczenia (Hickie, Davenport, Wakefield, 2006).

2. Zespół przewlekłego zmęczenia – charakterystyka syndromu

Zespół przewlekłego zmęczenia należy do grupy chorób medycznie niewyjaśnionych. Oznacza to, że objawy są widoczne u pacjentów i przyjmują pewien schemat, lecz mimo tego specjaliści nie potrafią wyjaśnić przyczyn powstania tej choroby. Schemat ten, a raczej kryteria diagnostyczne tego zespołu zostały wymienione m.in. przez *Center for Disease Control of Prevention* (CDC) i to z nich najczęściej korzysta się przy omawianiu zespołu przewlekłego zmęczenia. Oto kilka kryteriów:

1. Utrzymujące się zmęczenie przez co najmniej sześć kolejnych miesięcy, które nie ma związku z wysiłkiem i nie ustępuje po odpoczynku, ani nie jest wynikiem innych schorzeń.

2. Zmęczenie powoduje znaczną redukcję poprzedniego poziomu aktywności.

Cztery lub więcej z następujących objawów trwających co najmniej sześć miesięcy:

1. Zaburzenia pamięci i koncentracji.
2. Złe samopoczucie powysiłkowe, gdzie

aktywność fizyczna lub psychiczna powoduje skrajne, długotrwałe wyczerpanie i choroby.

3. Niewystarczający sen.

4. Bóle mięśni.

5. Bóle stawów.

6. Zaburzenie widzenia.

7. Problemy z utrzymaniem równowagi lub omdlenia.

Kryteria te nie różnią się znacząco od kryteriów opisanych w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10. Jak w przypadku CDC objawy muszą utrzymywać się przez co najmniej sześć miesięcy, osoba ma poczucie zmęczenia, ma problemy z koncentracją, objawy nie są wynikiem wysiłku i zmęczenie nie zanika po odpoczynku.

Wszystkie te objawy należy rozpatrywać ostrożnie. Słowami kluczowymi wymienionych kryteriów jest ich okres trwania, czyli sześć miesięcy. Zwracam na to uwagę z tego względu, że takie symptomy jak bóle stawów, bóle mięśni, czy niewystarczający sen są w dzisiejszych czasach bardzo częste i niekoniecznie muszą wskazywać na zespół przewlekłego zmęczenia.

Kryteria diagnostyczne poruszają kilka aspektów, w jakich człowiek funkcjonuje. Aby omówić zespół przewlekłego zmęczenia, należy odnieść się do kilku komponentów: poznawczego, behawioralnego, emocjonalnego i somatycznego (Chojnacka-Szawłowska, 2009). Zaburzenia w procesie funkcjonowania sfery poznawczej oznaczają trudności w koncentracji, utrzymaniu uwagi, w myśleniu analitycznym. Dominują emocjonalne sądy nad racjonalnym myśleniem i pojawiają się liczne pomyłki w wykonywaniu codziennych zadań. Powoduje to niechęć do podejmowania zadań, gdyż z góry przyjmuje się założenie o fiasku. Inne zmiany w procesach poznawczych, to trudność w samym odbieraniu bodźców,

takich jak obraz lub dźwięk. Jeśli przyjmujemy obraz takiego funkcjonowania percepcji, to musi nieść to za sobą wpływ na nasze zachowania. W sferze behawioralnej osoba nie jest w stanie podjąć zadań (zwłaszcza długodystansowych), a jeśli podejmie taką próbę, to jest to dla niej nadmiernie wyczerpujące i wyklucza ją z dalszego aktywnego funkcjonowania. Przy wykonywaniu zadania włączają się procesy motywacyjne, przypominamy sobie jakie efekty uzyskaliśmy wykonując to zadanie wcześniej i podejmujemy decyzję, która jest wynikiem zależności pomiędzy obecnym wkładem energii i pamięcią poprzednich doświadczeń (Chojnacka-Szawłowska, 2009). Co w takiej sytuacji osoba może czuć? Komponent emocjonalny i jego zaburzenia na tle zespołu przewlekłego zmęczenia odnosi się do poczucia przygnębienia, bezradności, spadku motywacji, lęku przed niewykonaniem postawionych zadań. To wszystko uaktywnia kolejny proces – proces somatyczny. Jest on wynikiem kumulacji wszystkich, wcześniej opisanych komponentów i odzwierciedla się ona choćby w bólach mięśni, stawów, bólach głowy, karku lub w nieprawidłowym funkcjonowaniu układu pokarmowego. Należy więc przyjąć założenie, że wszystkie te komponenty (emocjonalny, poznawczy, behawioralny i somatyczny) oddziałują na siebie (Chojnacka-Szawłowska, 2009).

Odczucie zmęczenia, jako przeszkadzającego w aktywności, ma charakter subiektywny. Związane jest to z progami odczuwania. Warto zwrócić uwagę na różnice płciowe. Kobiety w drodze ewolucji stały się odporniejsze na ból, mimo to są bardziej narażone na zespół przewlekłego zmęczenia (Jason, L., Richman, J., Jordan, K. (1999). Nie jest to różnica tylko na tym poziomie. Występuje również różnica w samej percepcji zmęczenia

(Meeuwesen, Bensing, van den Brink-Muinen, 2011), co pośrednio może tłumaczyć nierówny rozkład zachorowań wśród mężczyzn i kobiet. Mężczyźni w samym komunikowaniu zmęczenia zwracają uwagę na aspekt biomedyczny (Chojnacka-Szawłowska, 2009). Koncentrują się na dolegliwościach fizycznych, odczuciu bólu, niemocy. Można to tłumaczyć samą budową ciała mężczyzny, które zawiera znacznie większą ilość masy mięśniowej niż kobiety, a mięśnie, przy braku pokrycia zapotrzebowania tlenowego, zmniejszają maksymalną siłę mięśni i dają o sobie znać. Kobiety natomiast znacznie częściej odwołują się do komponentu emocjonalnego (Chojnacka-Szawłowska, 2009).

3. Profilaktyka i podejście terapeutyczne zespołu przewlekłego zmęczenia

Styl życia, jego jakość oraz tempo mają wpływ na powstawanie zespołu przewlekłego zmęczenia. Nie mniej ważnym czynnikiem okazuje się być sama dieta. W codziennym biegu nie zwraca się uwagi na to, co jemy (nie mówiąc już o poczuciu smaku). Dzięki pokarmowi w procesie metabolizmu zostają spalane substancje odżywcze, które dostarczają organizmowi energii. O ile wszelkiego rodzaju sztuczne substancje nie są podstawową składką każdego pokarmu, nasz organizm potrafi się z nimi uporać. Jeżeli jednak jest inaczej, mogą pojawić się problemy. Wtedy zmęczenie jest sygnałem ostrzegawczym organizmu, że jest on podtruwany, a ignorowanie tego ostrzeżenia może dać oznaki w innych problemach zdrowotnych (Bernard, 2004).

Propozycją eliminacji niebezpiecznych dla organizmu toksyn, jest głodówka (Bernard, 2004). Ma na celu wyczyszczenie organizmu poprzez niedostarczanie do niego żadnych

substancji, które przecież potencjalnie mogą być dla nas niebezpieczne. W ramach rekompensaty należy spożywać wszystko, co zielone i zdrowe. W moim subiektywnym odczuciu jest to kolejny krok ku przepaści w zespół przewlekłego zmęczenia, gdyż jeśli organizm nie otrzyma odpowiednich substancji, witamin, białka i węglowodanów, to zacznie się wyniszczać od środka, a proces ten poprowadzi ku wyczerpaniu fizycznym i zmęczeniu psychicznym.

Zostając w temacie konsumpcji i jej wpływu na pojawienie się zespołu przewlekłego zmęczenia, należy pochylić się nad tematem popularnej kofeiny, która często staje się ratunkiem w sytuacjach krytycznego zmęczenia. Spożycie kawy i słodczy rzeczywiście może na chwilę poprawiać kondycję organizmu. Robert Thayer (1987) wzrost energii tłumaczył podwyższeniem stężenia glukozy we krwi. Powoduje to pobudzenie organizmu, wzrost ciśnienia, a ten chwilowy efekt można porównać do stanu po przebudzeniu z popołudniowej drzemki. Wspomniany efekt jest podstawą do stwierdzenia (mylnego) o dobrym samopoczuciu lub przynajmniej jego poprawie (Lorist, Tops, 2003, Chojnacka-Szawłowska, 2009). Warto jednak pamiętać, że kofeina, to nie tylko chwilowy zastrzyk energii. Jej chorobliwe spożywanie (powyżej około 6 filiżanek na dobę) może powodować trudności w koncentracji, przyspieszenie rytmu oddychania, kołatanie serca, bóle brzucha, biegunkę (Bernard, 2004). Zdrowy tryb życia nie dopuszcza stosowania takich stymulantów. Propozycją, zastępującą kofeinę, jest 10-minutowy spacer lub niewielki wysiłek fizyczny, który spowoduje wyższy wzrost energii niż po słodyszach, bez poczucia wzrostu napięcia (Chojnacka-Szawłowska, 2009).

Innymi krokami ku lepszemu samopoczuciu

i zapobiegnięciu zespołu przewlekłego zmęczenia jest regularny tryb życia, w którym ustalona jest godzina zasypiania i pobudki; wygospodarowanie czasu dla siebie, aby mieć chwile na swoje przyjemności, relaks i odpoczynek; zmniejszenie obowiązków społeczno-towarzyskich, gdzie warto czasem odmówić czyjejś prośbie lub żądaniu i wcisnąć w to miejsce czas dla siebie; skrócenie czasu pracy lub nauki; oraz odprężenie w postaci tańca, dobrej lektury, w celu oderwania się od obowiązków (Bernard, 2004).

Wyżej przedstawione wskazówki stanowią nie tylko podstawę profilaktyczną, ale również element terapii osób chorych. Do elementów terapii można zaliczyć również samą diagnozę. Po wnikliwym przyjrzeniu się wynikom, wykluczającym inne choroby, np. anemię, niedoczynność tarczycy, stwardnienia rozsianego czy cukrzycy, pacjent otrzymujący diagnozę o zespole przewlekłego zmęczenia powinien usłyszeć również, że zespół ten nie zagraża życiu, że można poprawić funkcjonowanie i często jego symptomy zmniejszają się wraz z upływem czasu (Chojnacka-Szawłowska, 2009). Tak przedstawione informacje redukują lęk. Dlatego ważne jest, aby lekarze, specjaliści mieli kompetencje i przede wszystkim humanistyczne podejście do pacjenta. Dla 82-96% pacjentów chorych na zespół przewlekłego zmęczenia bardzo ważna jest stymulacja do leczenia i pomoc interwencyjna (Bjørkum, Wang, Waterloo, 2009). W obecności każdej długotrwałej choroby (a do takich zalicza się zespół przewlekłego zmęczenia) trudno jest zachować pozytywne nastawienie, mając świadomość o długotrwałej niepełnosprawności, codziennych ograniczeń i braku gotowego lekarstwa (Cox, 2000). Niepokój, frustracja i złość przy głębokiej zmianie nastroju jeszcze bardziej może osłabić oży-

wienie i tym samym powiększyć zmęczenie (Surawy i in., 1995).

Główną rolę w procesie terapii odgrywa model behawioralno-poznawczy. Wniosek ten wysunięto na podstawie badań Cochrane, w których brało udział 1043 uczestników chorych na zespół przewlekłego zmęczenia. Wyniki badań wskazały, że 40% chorych osób udało się wyleczyć dzięki terapii behawioralno-poznawczej. Przytoczyć tutaj można również badania Sheerese i współpracowników, w których zauważono poprawę kondycji u 55-70% z tym syndromem. Sam stosunek podejść terapeutycznych i ich procentowa skuteczność przedstawia się w ten sposób – 48% skuteczności terapii behawioralno-poznawczej i 27% pozostałych form terapii (Price, Mitchell, Tidy, Hunot, 2008). Jak pokazują wyniki, nawet najlepsza forma terapii w przypadku tego zaburzenia gwarantuje jedynie umiarkowaną skuteczność.

Terapia behawioralno-poznawcza koncentruje się na dwóch sferach. Sfera poznawcza dotyczy zmian czy negatywnych sposobów myślenia, rozwiązania problemów osobistych, społecznych, które wpływają na obniżenie jakości funkcjonowania. Natomiast głównym celem sfery behawioralnej jest wzrost aktywności i umiejętności relaksacji (Cox, 2000, Chojnacka-Szawłowska, 2009). Zatem model ten opiera się na założeniu, że myśli, uczucia i działania należy ze sobą połączyć. Sposób myślenia może mieć wpływ na działania i uczucia (Surawy i in., 1995). Negatywne nastawienie do mobilizacji potrzebnej przy wykonywaniu działań jest katastrofalne i pogłębia zaburzenie. Pojawiają się przy tym uczucia zaniepokojenia, frustracji i bezradności przed lub w trakcie działań (Cox, 2000; Wiborg, Knoop i in., 2010). Jak wspominałem w paragrafie pierwszym, zespół przewlekłego

zmęczenia należy rozpatrywać w komponentach: poznawczych, behawioralnych, emocjonalnych i somatycznych; a komponenty te pozostają we wzajemnej interakcji. Zmiana w jednym obszarze często prowadzi do zmian w innych (Beck, 1976; Wessely, 1995). Samo przyście do specjalisty jest pewnego rodzaju wysiłkiem i zmuszeniem się do długodystansowego działania.

Terapia behawioralno-poznawcza w aspekcie behawioralnym, ukierunkowana jest na stopniowe wznowienie aktywności, przy użyciu jasno zdefiniowanych, niewielkich i przewidywalnych celów (Cox i Findley, 1994, 1998; Wessely, 1995; Clements i in., 1997). Stopniowe wznowienie aktywności jest tutaj bardzo istotne. Skoro próg odczuwania jest doświadczeniem subiektywnym (Chojnacka-Szawłowska, 2009), to program ćwiczeń powinien być dostosowany indywidualnie dla każdego pacjenta. Jest to o tyle ważne, gdyż (jak podaje CDC) częstym zjawiskiem jest remisja i nawrót objawów choroby u pacjentów po leczeniu. Wynikiem tej remisji jest przekonanie pacjenta o całkowitym wyleczeniu i próbie nadrobienia zaległości życiowych. Osoba rzuca się w wir porzuconych obowiązków, pozostawionych na później zadań, a w efekcie doświadcza przeładowania i zespół przewlekłego zmęczenia powraca ze zdwojoną siłą. Zatem stopniowe wznowienie aktywności polega na indywidualnym ustaleniu programu ćwiczeń, które jest monitorowane przez terapeutę i ewentualnie modyfikowane. Jeśli pacjent w trakcie wykonywania zadania poczuje się gorzej, to następuje interwencja terapeuty i skrócenie lub zaprzestanie na pewien czas przebiegu następnej sesji (Chojnacka-Szawłowska, 2009). Pacjent ma rozpoznawać w ten sposób własne możliwości i w ich granicach ustalać razem

z terapeutą zadania. Istotnym elementem przy wykonywaniu czynności są przerwy, również dostosowane dla każdego pacjenta.

Ten behawioralny proces jest nazywany, jako stymulacja i opiera się na zarządzaniu energią. Przyjmuje się dwie formy: o wstrzymaniu, odpoczynku lub zmianie aktywności decyduje zaostrzenie się objawów lub czas stymulacji, który jest określony ustalonym harmonogramem działań; albo subiektywne odczucie pacjenta jest wyznacznikiem zmiany, wstrzymania aktywności czy odpoczynku (Goudsmit, Nijs, Jason, Wallman, 2012). Stymulacja nie ma na celu leczenia choroby. Tym, którym choroba wydaje się być już stabilna można stopniowo zwiększać poziom aktywności i ćwiczeń, ale zgodnie z zasadami stymulacji, musi odpocząć, jeśli okaże się, że przekroczył swoje granice. Przykładem takich zadań jest pływanie, proste ćwiczenia aerobowe, zakupy lub spacer. Norweskie badania 828 pacjentów z zespołem przewlekłego zmęczenia wykazało, że stymulacja była przydatna dla 96% uczestników (Bjørkum, Wang, Waterloo, 2009). Jest to zatem duży „krok terapeutyczny” ku zrozumieniu tej choroby.

Istnieje jeszcze kilka innych konwencji na temat terapii zespołu przewlekłego zmęczenia. Należy jednak pamiętać, że dają one skuteczność 27-procentową w stosunku do terapii behawioralno-poznawczej (48%). Przykładem innej formy leczenia jest propozycja Elizabeth Trup (2011), psycholog, która sama doświadczała objawów chorobowych zespołu przewlekłego zmęczenia. Jej terapia polega na zadbaniu o siebie i całkowitej relaksacji, dzięki hydroterapii, aromaterapii, masażu, diety. Według niej eliminacja obawy o kondycje zdrowotną może nieść ze sobą wzrost aktywności i pacjent może odzyskać siłę i sprawność. Idąc tym tropem możemy

natknąć się również na próbę leczenia hipnozą lub na propozycję aplikowania różnych działań opartych na tradycji filozoficznej Azji Wschodniej, ale są to już tematy rzadko spotykane w profesjonalnej literaturze.

Podsumowanie

Zespół przewlekłego zmęczenia jest dosyć nowym zjawiskiem. Obecnie specjaliści badający to zaburzenie koncentrują się na próbach odpowiedzi na pytanie, gdzie jest przyczyna? Jest to pytanie kluczowe, ponieważ pozwoli ono skryształizować podłoże terapeutyczne. Nawet jeśli okazałoby się, że podejście behawioralno-poznawcze jest idealnym rozwiązaniem, to i tak warto dopracować metody leczenia, aby wynik statystyczny skuteczności tej terapii był większy niż „50 na 50”. Zespołu przewlekłego zmęczenia nie można zbagatelizować. Rosnąca liczba chorych, w połączeniu ze wzrostem tempa życia może już niedługo stanowić globalne zagrożenie. Potrzeba rozwoju osobistego w celu zapewnienia sobie komfortu życia, niezdrowe jedzenie, zastąpienie snu kofeiną, to standardy współczesnej cywilizacji.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) uznała dzień 12 maja, Światowym Dniem Zespołu Chronicznego Zmęczenia. Jest to o tyle ważne, że ludzie dowiedzą się, że istnieje taki problem. Nie będą bali się przyjść do lekarza ze względu na to, że zostaną niezrozumiani lub potraktowani ironicznie. Sami lekarze pierwszego kontaktu nie będą rozkładali rąk, ponieważ nie znaleźli przyczyny szukając jedynie w somatycznych dolegliwościach. Warto mieć to na uwadze przypominając sobie, że pierwsza interwencja i wsparcie jest pierwszym krokiem terapeutycznym dla chorujących na zespół przewlekłego zmęczenia.

Streszczenie

Zespół przewlekłego zmęczenia (Chronic Fatigue Syndrome) jest coraz częściej badany zjawiskiem. Zespół ten doczekał się nawet swojego dnia (przypada on 12 maja), co świadczy nieco o jego niechlubnej popularności. Przy omawianiu zespołu przewlekłego zmęczenia, obecnie, należy napotkać wiele problemów, czy to z definicją, czy z profilaktyką i leczeniem. Problemy te wynikają z braku możliwości załapania początkowego momentu stadium choroby oraz punktu łączącego aspekt psychiczny i somatyczny. Skoro już na początku, w samym poznaniu etiologii zespołu przewlekłego zmęczenia napotyka się tyle przeszkód, to czy jest możliwa praca i leczenie czegoś, o czym właściwie niewiele wiemy? Opracowanie to będzie próbą opisaną tego, co można znaleźć w literaturze na temat terapii, czyli interwencji w przypadku zachorowania na ten syndrom.

Słowa kluczowe:

Zmęczenie, zmęczenie przewlekłe, zaburzenie psychosomatyczne, terapia, profilaktyka, terapia behawioralno-poznawcza

Summary

Chronic Fatigue Syndrome (CFS) becomes an increasingly studied phenomenon. The syndrom has even its own day (May 12), which proclaims a little bit about its infamous popularity. When discussing an CFS, a lot of problems concerning definition, prophylaxis and treatment should be considered. These problems arise from an inability of catching an initial moment of disease and a point connecting mental and somatic aspect. Since there are so many obstacles in recognition of CFS at the beginning, is it possible to work and treat something of which we actually know very

little? This study will attempt to describe what can be found in a literature on therapy that is intervention in case of getting this syndrome.

Keywords: Fatigue, chronic fatigue, psychosomatic disorder, therapy, prophylaxis, cognitive behavioural therapy

Ul. Stanisława Augusta 18A/45
Przemyśl, 37-700

Tomasz Kopacz, student IV roku
na wydziale nauk społecznych
(psychologia jednolite magisterskie)
Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego
im. Jana Pawła II w Lublinie.
e-mail: tomaszkopacz@onet.com.pl

Bibliografia

1. Bernard, S. (2004). *Zespół przewlekłego zmęczenia. Objawy, leczenie, profilaktyka*. Warszawa: Wydawnictwo Klub dla Ciebie.
2. Bjørkum, T., Wang, CE., Waterloo, K. (2009). Patients experience with treatment of chronic fatigue syndrome. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 129(12), s. 1214-1216. Pozyskano z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19521443> (data dostępu: 15.05.2014)
3. Chojnacka-Szawłowska, G. (2009). *Zmęczenie a zdrowie i choroba*. Kraków: Wydawnictwo Impuls.
4. Clements, A., Sharpe, M., Simkin, S., Borrill, J., Hawton, K., (1997). Chronic Fatigue syndrome: a qualitative investigation of patients beliefs about the illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 42(6), s. 615-624.
5. Cox, L. (2000). *Occupational Therapy*

- and Chronic Fatigue Syndrome.*
London i Philadelphia: Whurr
6. Donoghue, P., Siegel, M. (2000). *Sick and Tired of Feeling Sick and Tired: Living with Invisible Chronic Illness (New Edition)*. Wydawnictwo: W.W. Norton & Company
 7. Fukuda, K. (1994). The Chronic Fatigue Syndrome: A Comprehensive Approach to Its Definition and Study. *Annals of Internal Medicine*, 12, 953-959. Pozyskano z: http://www.ncf-net.org/patents/pdf/Fukuda_Definition.pdf (data dostępu: 16.05.2014).
 8. Goudsmit, EM., Nijs, J., Jason, LA., Wallman, KE., (2012). Pacing as a strategy to improve energy management in myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome: a consensus document. *Disabil Rehabil*, 34(13), s. 1140-1147.
 9. ICD-10 (2008). *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych*. Wydane przez Światową Organizację Zdrowia.
 10. Jason, L., Richman, J., Jordan, K. (1999). A Community-Based Study of Chronic Fatigue Syndrome. *JAMA Internal Medicine*, 18(159), 2129-2137. Pozyskano z: <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=415556> (data dostępu: 12.05.2014).
 11. Jungphaenel, D., Christodoulou, Ch., Lai, J., Stone, A. (2011). Demographic Correlates of Fatigue in the US General Population: Results from the Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS) Initiative. *Journal of Psychosomatic Research*, 71 (3), s. 117-123.
 12. Meeuwesen, L., Bensing, J., van den Brink-Muinen, A. (2002). Communicating fatigue in general practice and the role of gender. *Patient Education and Counseling*, 48(3), s. 233-242.
 13. Surawy, C., Hackmann, A., Hawton, K. Sharpe, M. (1995). Chronic Fatigue syndrome: a cognitive approach. *Behaviour Research and Therapy*, 33(5), s. 535-544.
 14. Survey Summary Report, (2008). *Action for M.E.* Wydawnictwo: Association of Young People with M.E. Pozyskano z: <http://www.actionforme.org.uk/Resources/Action%20for%20ME/Documents/get-informed/ME%202008%20%20What%20progress.pdf> (data dostępu: 15.05.2014).
 15. Thompson, R. Keene, K. (2004). The pros and cons of caffeine. *The Psychologist*, 17(12), s. 698.
 16. Wessely, S., Chalder, T., Hirsch, S., Wallace, P., Wright, D., (1997). The prevalence and morbidity of chronic fatigue and chronic fatigue syndrome: a prospective primary care study. *American Journal of Public Health*, 87(9), s. 1449-1455.