



Bartosz Łoza

Kierownik Kliniki
Psychiatrii Oddziału
Fizjoterapii
II Wydziału Lekarskiego
Warszawskiego
Uniwersytetu
Medycznego. Prezes
Towarzystwa
Neuropsychiatrycznego,
prezes Polskiego
Towarzystwa Psychiatrii
Sądowej i prezes elekt
Polskiego Towarzystwa
Psychiatrycznego.
Zainteresowania:
innowacje w nauce,
reforma psychiatrii.

Zespół cywilizacyjny. Nowe rozpoznanie i nowe metody oddziaływań terapeutycznych

Civilization syndrome. New diagnosis and new therapeutic approach

Bartosz Łoza, Maja Polikowska

Klinika Psychiatrii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

STRESZCZENIE

Chociaż związek między treścią stresu a poważnymi chorobami, takimi jak depresja, nie jest oczywisty, mechanizmy leżące u ich podstaw skłaniają coraz większą liczbę autorów do definiowania syndromu cywilizacyjnego jako wypadkową naszego współczesnego stylu życia, cywilizacji, w której żyjemy, oraz zaburzeń psychosomatycznych. W kontekście syndromu cywilizacyjnego istnieje kilku nowych „kandydatów” oczekujących na naukowe opracowanie, takich jak: zespół wypalenia, niepłodność czy zjawisko samotności. Wszystkie te zjawiska wydają się obecnie narastać epidemicznie i wymagają pilnych opracowań koncepcyjnych i terapeutycznych.

Podczas stosowania nowego programu redukcji stresu, innowacyjnego podejścia psychoterapeutycznego, wykorzystującego również czynniki związane ze stylem życia: fizjoterapię, odżywianie, *coaching* zachowań, techniki komunikacji i uczestnictwa w mediach społecznościowych oraz zdalnego monitoringu funkcji życiowych, u większości pacjentów obserwowano poprawę w zakresie emocjonalnych i behawioralnych markerów, w okresie krótko-, średnio- i długoterminowych obserwacji. Program ten, oddziałujący na relacje między stresem a problemami zdrowia psychicznego, otwiera nowe możliwości diagnostyczne i terapeutyczne ukierunkowane na wyzwania cywilizacyjne, przede wszystkim zaś otwiera możliwości profilaktyczne w przypadku chorób związanych ze stresem, które stanowią coraz większy problem zdrowotny we współczesnym społeczeństwie.

Słowa kluczowe: redukcja stresu, stres cywilizacyjny, wypalenie, niepłodność, samotność

NAJWAŻNIEJSZE

Program redukcji stresu skutecznie zmniejszył poziom zaburzeń związanych z wypaleniem, niepłodnością i poczuciem osamotnienia oraz doprowadził do redukcji ryzyka nawrotów.

HIGHLIGHTS

Stress reduction program effectively reduced the level of disorders related to burnout, infertility and solitude, and reduced risk of relapse.

ABSTRACT

Although the relationship between the content of stress and serious diseases, such as depression, is not obvious, underlying mechanisms encourage more and more authors to define a civilization syndrome as a link between our modern lifestyle, civilization we live in and psychosomatic disorders. With regard to the civilization syndrome, there are several new "candidates" waiting for psychiatric research, like burnout syndrome, infertility or solitude. All these phenomena seem to increase epidemically and require urgent conceptual and therapeutic studies.

Using the new stress reduction program, innovative psychotherapeutic approach, engaging also several lifestyle factors, like physiotherapy, nutrition aspects, behavioral coaching, communication and social media contact and multi-media monitoring, most of patients improved in terms of emotional and behavioral markers, in short-, medium-, and long-term follow-up observations. This program interplays between stress and mental health problems and opens up new possibilities for diagnosis and therapy, focusing on the challenges of civilization, and especially opens up preventive options in stress-related diseases, which represent a growing health problem in the modern society.

Key words: stress reduction, civilization stress, burnout, infertility, solitude

WSTĘP

Polacy należą do najbardziej zapracowanych narodów świata (2. miejsce w Unii Europejskiej, 6. miejsce na świecie) [1]. **Nowy styl życia** wiąże się z dogłębnymi zmianami w całokształcie funkcjonowania jednostki i jej społecznego usytuowania oraz zmieniającymi się statystykami chorób – odnotowuje się i przewiduje coraz więcej chorób: krążeniowych, metabolicznych, onkologicznych oraz neuropsychiatrycznych. Niektórzy autorzy proponują termin „**zespół cywilizacyjny**”, aby podkreślić odrębny, specyficzny wpływ obecnej cywilizacji (a nie tylko mechanizmu stresu jako takiego) w kształtowaniu tych chorób [2, 3]. Nowe, mniej znane czy wręcz skryte konsekwencje stresu cywilizacyjnego to: **wypalenie, niepłodność i rozpad związków społecznych** prowadzący do **osamotnienia**. O zjawiskach tych wprawdzie rozmawia się często, jednak traktuje się je niesłusznie jako zagadnienia niemedyczne, a w szczególności niepsychiatryczne. Tak jednak nie jest lub nie jest w całości [4].

Wszystkie te zjawiska mają w istocie **wspólną przyczynę**, tj. nieradzenie sobie ze stresem. Krótkotrwały stres, jako czynnik mobilizujący, pozostaje zjawiskiem prorozwojowym, natomiast w sytuacji **stresu przewlekłego** dochodzi do niekorzystnych zmian adaptacyjnych – społecznych i zdrowotnych. **Wspólna etiopatogeneza** oznacza przede wszystkim, że możliwa jest też **wspólna profilaktyka** tych chorób (profilaktyka I stopnia). Mechanizm ten został precyzyjnie opisany w książce pod red. A. Mamcarza „Zespół metaboliczny” [5]. Dochodzi w nim do zespolenia niekorzystnych czynników chorobowych, behawioralnych, somatycznych i psychicznych,

które stają się szczególnie niebezpieczne, kiedy zaczynają się kumulować i wzajemnie nasilać.

Niepokojące jest, że nie oferuje się dzisiaj w Polsce skutecznych metod profilaktycznych ukierunkowanych na schorzenia psychosomatyczne. Jakkolwiek praktycznie każdy schemat leczenia zakłada osiągnięcie dobrostanu zdrowia, to faktycznie nikt nie oferuje zintegrowanych, uzasadnionych naukowo, określonych metodologicznie technik profilaktyki schorzeń psychosomatycznych. Zalecenia, by zmienić tryb życia, żyć bez stresu, odstąpić od złych nawyków etc., są powszechnie formułowane w gabinetach lekarskich i praktycznie równie często niewykonywane. Profilaktyka i rehabilitacja to sztuka równie złożona jak medycyna naprawcza. W zasadzie nie jest możliwa zmiana trybu życia pozostającego w tym samym zestawie behawioralnych schematów. W przypadku wypalenia, terapii niepłodności czy kryzysu więzi podstawę stanowią zmiana środowiska, redukcja stresu i nabycie prozdrowotnych nawyków. Zadaniem terapii jest zapoczątkowanie uświadomionej zmiany trybu życia.

Prezentowany **program redukcji stresu (PRS)** to kompaktowy zestaw narzędzi w celu przeciwdziałania skutkom stresu cywilizacyjnego. To program innowacyjny w zakresie celów i stosowanych narzędzi terapeutycznych. Unikalność projektu polega na integracji czynników profilaktycznych i interwencyjnych. Obecnie doświadczamy kryzysu dostępu do skutecznych metod profilaktycznych. Jest to kryzys prawdziwy, to znaczy, że nie ma faktycznego systemu prewencji zaburzeń cywilizacyjnych, w tym odpowiednich ośrodków terapii.

Zespół cywilizacyjny. Nowe rozpoznanie i nowe metody oddziaływań terapeutycznych
B. Łoza, M. Polikowska

Oferuje się fikcyjne poradnictwo, w ramach którego terapeuci i lekarze zlecają „odstresowanie się”, „zmianę trybu życia”, „wyciszenie”, „zdystansowanie” etc. W rzeczywistości zalecenia te mają niewielkie szanse na realizację, a nawet są nieskuteczne. Praktycznie powszechnie dostępna jest jedynie „medykalizacja” stresu (przyjmowanie leków objawowych).

Funkcjonujemy więc między wielkimi potrzebami a ograniczonymi zasobami. Pojawiają się nowe wyzwania cywilizacyjne, takie jak: wypalenie, niepłodność oraz rozpad relacji partnerskich, w przypadku których podstawowym sposobem prewencji jest gruntowna i przemyślana zmiana trybu życia. Te właśnie sprzeczności i wyzwania legły u podstaw prezentowanego programu.

CZYM JEST STRES CYWILIZACYJNY?

Koncepcja jednolitej odpowiedzi na stres została rozwinięta przez Hansa Selye, który jako pierwszy postawił hipotezę, że źródłem wielu różnych chorób somatycznych jest patologiczny w swoim nasileniu stres. Choroby miały być skutkiem nieprawidłowej adaptacji do stresorów. Zjawisko to Selye nazwał zespołem uogólnionej adaptacji (GAS, *general adaptation syndrome*) i opisał je w swojej pierwszej książce na temat stresu w 1956 r. (*The Stress of Life*).

Powyższy model, silnie związany z koncepcją osi podwzgórze–przysadka–nadnercza (Selye był endokrynologiem), nie w pełni już odpowiada współczesnym obrazom klinicznym. Nowy model wymagałby przede wszystkim uwzględnienia specyficznego wpływu cywilizacji. Podkreśla się, że nie wystarczy usunąć cukier z diety, by zapobiec otyłości, czy sól, by zapobiec nadciśnieniu, konieczne jest bowiem zapobieżenie pierwotnej przyczynie, tj. przewlekłemu, specyficznemu stresowi [3]. O ile Hans Selye postulował pół wieku temu, że różne formy stresorów prowadzą do podobnego typu odpowiedzi, o tyle współcześnie możemy mieć do czynienia ze znacznie bardziej skomplikowaną sytuacją: nowego typu stresorów i nowego typu odpowiedzi. Tak powstała w literaturze koncepcja **zespołu stresu cywilizacyjnego** albo koncepcja **zespołu cywilizacyjnego** [2, 3]. W porównaniu z zespołem uogólnionej adaptacji Hansa Selye w nowej koncepcji postuluje się, że patologiczny stres nie jest współcześnie wyjątkiem w codziennym życiu, lecz z powodów cywilizacyjnych oddziałuje praktycznie stale. Ciężkość stresu jest więc przede wszystkim funkcją jego długotrwałości. W tym modelu przedłużający się czas życia staje się swoistą pułapką – przedłuża okres oddziaływania stresu.

Te nowe okoliczności powodują zaburzenia, które do tej pory traktowano raczej jako stany psychologiczne czy socjologiczne – niemające charakteru ściśle patologicznego. Ich głównymi cechami są – zgodnie z generalnym założeniem koncepcji – przewlekłość przyczyn i przewlekłość zaburzeń. **Jawne choroby psychosomatyczne poprzedzone są trwającymi wiele lat stanami i zaburzeniami poznawczymi, emocjonalnymi i społecznymi, obecnymi w życiu zwykle subklinicznie, ale równocześnie – oddziałującymi niezwykle destruktywnie** [6]. Do stanów tych należą: zespół wypalenia, niepłodność i zaburzenia relacji partnerskich. Są one psychicznymi skutkami stresu, ale też torują drogę do klasycznych chorób psychosomatycznych. Odległą konsekwencją tych wzajemnych powiązań stanowi rozwój zespołu metabolicznego. Jego mechanizmy są już jednak odmienne od początkowej, stosunkowo prostej zależności od stresu; w zasadzie są one mechanizmami autonomicznymi, wtórnymi do samego stresu.

CELE ODDZIAŁYWANIA PROGRAMU REDUKCJI STRESU

Wybór celów terapeutycznych programu wynikał z obserwacji zmian i faktycznych potrzeb zgłaszających się pacjentów. Rekrutacja odbyła się w latach 2013–2015. Pomiar efektywności PRS objął 3 zjawiska powiązane ze stresem, dominujące w praktyce klinicznej: wypalenie, problemy związane z niepłodnością oraz zaburzenia relacji partnerskich, prowadzące do poczucia wykluczenia i osamotnienia.

1. Wypalenie

Wypalenie to stan chorobowy kodowany w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10 jako **Z73.0** („problemy w zarządzaniu trudnościami występującymi w życiu”). Wypalenie z reguły rozpatruje się w kontekście zawodowym (wypalenie zawodowe), ale może ono też występować w związku z trudnościami w szkole, na studiach, w rodzinie czy innymi przewlekłymi, niedającymi satysfakcji czynnościami i środowiskami. Wypalenie ma też wiele wspólnego z depresją (zgodnie z poglądami twórcy pojęcia Herberta Freudenbergera), chociaż zarazem traktuje się je jako zjawisko odrębne.

Wiąże się ono z wieloma niekorzystnymi, wymiernymi ekonomicznie konsekwencjami dla pracownika i dla pracodawcy [7]. Należą do nich:

Absentyzm – nieobecność w pracy, nie tylko w postaci formalnego zwolnienia chorobowego. Osoby z wypale-

niem praktykują np. przychodzenie później i wychodzenie wcześniej, a także mnożą w ciągu dnia pracy krótkie przerwy.

Prezentyzm – pozorna obecność w pracy, bez faktycznego, produktywnego spędzania czasu.

Utrata produktywności – wiąże się z absentyzmem i prezentyzmem, ale też innymi skutkami niezaangażowania lub pozornego zaangażowania. Dla pracodawcy koszty bezpośrednie i pośrednie wypalenia są wysokie [7].

Wypalenie to zjawisko powszechne – w pełni ukształtowane występuje u ok. 5% populacji, natomiast w różnych, mniej jednoznacznych postaciach, np. w połączeniu z pracoholizmem, jest znacznie częstsze, ponieważ dotyka 1/4 populacji [8] i ma związek z wieloma patologiami społecznymi i psychiatrycznymi.

2. Niepłodność

W 1999 r. w Polsce pierwszy raz w nowożytnej historii odnotowano ujemny przyrost naturalny, z tendencją do dalszego pogłębiania [9]. Tymczasem zakłada się, że nawet **połowa przypadków niepłodności może mieć charakter psychosomatyczny** [10], obciążający w przybliżeniu po równo oboje partnerów. Około 1/5 par ma trudności z uzyskaniem potomstwa. 48% kobiet i 15% mężczyzn uważa przeżywanie niepłodności za najbardziej traumatyczne przeżycie [10, 11]. Kobiety opisują ten stan jako analogiczny do raka lub zawału serca, jako wstrząs, żalobę, depresję, złość, frustrację, utratę zaufania do siebie i brak kontroli nad własnym życiem. Ustalono, że okres starania się o dziecko **wydłuża się o połowę** w przypadku stresu w relacjach partnerów [12]. Oczywiście rozwiązanie – program redukcji stresu – w polskich warunkach jest w zasadzie jedynie teorią. Zastępuje je przypadkowe doradztwo, które może przynieść tyle samo pożytku co szkód. Tymczasem wykazano, że depresja po pierwszym niepowodzeniu leczenia niepłodności redukuje szansę na ciążę do 13%, natomiast brak depresji zwiększa to prawdopodobieństwo ponad 2-krotnie (do 29%) [11]. Podobnie aktywne, wielotygodniowe programy redukcji stresu zwiększają szansę na ciążę ok. 2,5-krotnie [11].

Potencjalnie skuteczne działania mieściłyby się w poradnictwie związanym z zarządzaniem prokreacją, tj. polegałyby na udzielaniu wsparcia i porad w zakresie możliwości zajścia w ciążę (**Z31.61** według klasyfikacji ICD-10). Ewentualne rozpoznanie kliniczne, np. epizodu depresyjnego, odpowiednio uzupełniałoby ten opis.

3. Kryzys relacji, osamotnienie

Od 1989 r. w Polsce stale wzrasta liczba rozwodów, a równocześnie zwiększa się proporcja rozwodów do zawieranych związków (1 : 3). W istocie jest to tylko wyraz głębszego kryzysu osłabienia relacji między partnerami, braku gotowości do pozostawania w długotrwałej relacji, a przede wszystkim braku umiejętności przeciwdziałania konfliktom i rozpadowi związków partnerskich. W Polsce nie publikuje się statystyk osób samotnych, jednak można się dowiedzieć o narastaniu problemu pośrednio, analizując statystykę osób „samotnie wychowujących co najmniej jedno dziecko w wieku 18 lat i mniej”. W ciągu dekady, w latach 2002–2011 liczba tak zdefiniowanych osób wzrosła o blisko 20–30% (odpowiednio: kobiety i mężczyźni). Symbolem klęski dotychczasowej „polityki naprawczej” wobec małżeństw jest praktyczny zanik par pozostających w formalnej separacji (był to w założeniu mechanizm buforowy i naprawczy). Instytucje sądowe i ich agendy nie mają kompetencji do diagnozy i terapii tego rodzaju kryzysów. Obserwowany nacisk społeczny na legalizację związków partnerskich jest wyrazem akceptacji obecnego stanu rzeczy – rezygnacji ze związków małżeńskich, przy akceptacji faktycznych, mniej sformalizowanych relacji. W krajach rozwiniętych udział osób żyjących samotnie przekroczył już 1/4 ogólnej populacji, zwłaszcza w obszarach zurbanizowanych [13]. Zjawisko samotności narasta najszybciej w wieku 55–64 lata, a więc wśród osób nadal w pełni sprawnych i aktywnych społecznie. Ten nowy trend cywilizacyjny nie jest więc tożsamy z wdowieństwem. Jeszcze bardziej ekspansywny staje się trend do życia bez małżeństwa (choć niekoniecznie samotnie), który w krajach wysoko rozwiniętych stanowi już wzorzec dominujący. W USA między 1950 r. a 2014 r. udział osób dorosłych niebędących w związku małżeńskim wzrósł z 22% do 50,2% [14]. Samotność jest pod wieloma względami niekorzystna zdrowotnie, psychologicznie i zawodowo. Dziś w Polsce nie oferuje się żadnych systemowych programów przeciwdziałania zaburzeniom relacji partnerskich. Problemy te zostały sklasyfikowane w ICD-10 pod kodem **Z63** – „Problemy związane z relacjami w obrębie pierwotnej grupy wsparcia, w tym w rodzinie”.

STRES CYWILIZACYJNY: FAZY ZABURZEŃ

Prezentowany program terapeutyczny jest adresowany równocześnie do trzech grup pacjentów (wypalenie, niepłodność, kryzys relacji partnerskich/samotność), ponieważ mają one wspólny rdzeń etiopatogenetyczny – stres cywilizacyjny. Stres cywilizacyjny jest czynnikiem etiologicznym, a następnie patoplastycznym chorób

Zespół cywilizacyjny. Nowe rozpoznanie i nowe metody oddziaływań terapeutycznych
B. Łoza, M. Polikowska

(wykres 1). Oddziaływania psychospołeczne (faza I) i psychosomatyczne (faza II) stopniowo się nakładają, współwystępują i wzajemnie niekorzystnie wzmacniają. W fazie późnej choroby przewlekłe i nawrotowe przebiegają w dużym stopniu samoistnie, łącząc w sobie pierwotne i wtórne oddziaływania.

Podstawowym błędem diagnostycznym jest opis skutków stresu cywilizacyjnego w oderwaniu od całego procesu. Na przykład ośrodki zajmujące się otyłością abstrahują od wtórnego charakteru tego zaburzenia lub je sypłają. Podejmują jedynie działania objawowe. Brak właściwej, trafnej motywacji do utrzymania prawidłowej diety czy zalecenie systematycznych ćwiczeń fizycznych, ale bez odniesienia się do przyczyn stresu, kończy się zaniechaniem prozdrowotnych zachowań. W rezultacie rozwija się w Polsce epidemia otyłości – bez zrozumienia jej przyczyn, a tym samym możliwości przeciwdziałania – w 2009 r. 61,4% mężczyzn oraz 44,6% kobiet było w Polsce otyłych [15]. Trudno też skutecznie interweniować w niepłodności, trywializując ją jako wynik kryzysu małżeńskiego czy kryzysu wieku średniego w sytuacji, gdy pracownik bije rekordy czasu przebywania w pracy [12].

CELE PROGRAMU

Celem pracy było zbadanie efektywności programu redukcji stresu (PRS) w fazie psychospołecznej stresu cywilizacyjnego. Przyjęto 2 główne parametry określające efektywność PRS:

- w fazie zaostrzenia reakcji na stres – redukcja ilościowa zaburzeń według przyjętych skal klinicznych
- w fazie podtrzymania remisji – brak nawrotów.

UCZESTNICY I METODY POMIAROWE

Uczestnikami badania były osoby zgłaszające się z powodu zaburzeń F3x–F4x według klasyfikacji ICD-10 (zaburzenia adaptacyjne, lękowe, lękowo-depresyjne, depresyjne, dystymiczne i nawrotowe depresyjne), o ile stresorem była jedna z trzech sytuacji:

- trudności w pracy – zespół wypalenia (grupa W)
- trudności z zajściem w ciążę, niepłodność (grupa N)
- kryzys relacji partnerskich, osamotnienie (grupa S).

Wszystkie te osoby, równoległe z PRS, korzystały z terapii środkami przeciwdepresyjnymi i wybranymi lekami innych klas, w tym np. z farmakoterapii kwetiapiną i olanzapiną. Charakterystykę badanych grup przedstawiono w tabeli 1.

Wykres 1. Stres cywilizacyjny: skutki psychospołeczne, psychosomatyczne i konsekwencje medyczne.



Tabela 1. Charakterystyka grup uczestniczących w programie.

	Grupa W (wypalenie)	Grupa N (niepłodność)	Grupa S (osamotnienie)
Liczba osób	15	12	16
Mężczyźni	6	0	6
Kobiety	9	12	10
Średnia wieku (w latach)	38,9	36,7	35,1
Rozpoznania F3x	9	10	5
Rozpoznania F4x	6	2	11

W badaniu widoczna była przewaga kobiet, a w przypadku grupy N – wręcz ich wyłączność. Nie podejmowano w związku z tym analiz specyficznych dla płci. Jedynie nie-liczne osoby korzystały z dodatkowych leków somatycznych z powodu sporadycznego nadciśnienia oraz chorób tarczycy. Żadna z pacjentek nie korzystała w tym czasie ze stymulacji hormonalnej związanej z niepłodnością.

W fazie kwalifikacji do programu wykorzystano 3 narzędzia pomiarowe:

1. Inwentarz wypalenia według Maslach (MBI, *Maslach Burnout Inventory*) [16]. Jest to narzędzie składające się z trzech podskal: emocjonalne wyczerpanie (9 pytań), depersonalizacja (5 pytań) i satysfakcja z osiągnięć (8 pytań). Zgodnie z zaleceniami niektórych autorów [17], w niniejszej pracy wykorzystano najbardziej wartościowy pomiar pierwszą z tych podskal (emocjonalne wyczerpanie), wyrażającą najbardziej osiową część zespołu wypalenia. Inwentarz wypalenia według Maslach uważa się za złoty standard narzędziowy w pomiarach wypalenia.
2. Inwentarz problemów związanych z zajściem w ciążę (FPI, *Fertility Problem Inventory*) [18]. Narzędzie to zdobywa coraz większe uznanie w identyfikacji problemów psychologicznych w przebiegu niepłodności. W sposób kompleksowy ocenia stres, mierząc w tym kontekście zjawiska społeczne, aspekty partnerskie, rodzicielskie i seksualne. Co ważne, identyfikuje wpływ niepłodności praktycznie na wszystkie sfery życia.
3. Skala oceny stresu związanego z samotnością (LS-3, *UCLA Loneliness Scale*, wersja 3). To 20-punktowe narzędzie ujawnia z dużą czułością napięcie, lęk i frustrację oraz ich społeczne konsekwencje związane z poczuciem osamotnienia. LS-3 mierzy brak wsparcia, brak wartościowych relacji i brak obecności znaczących osób w życiu [19].

Kluczowa dla powodzenia PRS była uniwersalizacja wyników. W związku z tym należało zastosować narzędzie, które pozwoli na ocenę ciężkości stresu niezależnie od

jego źródeł, a więc – w przypadku tego badania – niezależnie, czy stres ma konsekwencje w wypaleniu, niepłodności czy w kryzysie relacji partnerskich. W tym celu wykorzystano do pomiarów **PSS, Perceived Stress Scale** (skalę spostrzeganego stresu) [20]. W niniejszej pracy zastosowano jej wersję 10-punktową.

PROGRAM REDUKCJI STRESU (PRS)

Program tworzy nową jakość terapeutyczną. Nie jest formą kompilacji znanych wcześniej metod. Został opracowany w sposób celowy dla udzielania wsparcia psychoterapeutycznego osobom doświadczającym skutków stresu cywilizacyjnego.

Fazy oddziaływania programu:

- Faza I – Deeskalacja stresu
 - a) Celem jest deprywacja od źródeł stresu. O ile jest to niezbędne, ze względu na nasilenie stresu i jego uwarunkowania, należy rozważyć początkowe odizolowanie od stresującego środowiska (np. zgrupowanie, turnus, hospitalizacja, ośrodek uzdrowiskowy).
 - b) Dekonstrukcja stresu. Diagnoza stresu i projekt działań interwencyjnych.
 - c) Odzyskanie kompetencji i poczucia sprawczości. Fizjoterapia i dieta. Arteterapia.
 - d) Redecyzje, zmiana skryptu życia.
- Faza II – Rekonstrukcja środowiska
 - a) Redukcja źródeł stresu.
 - b) Przepracowanie systemu motywacji. Trening motywacji. Rezygnacja z negatywnych motywacji.
 - c) Treningi społeczne. Planowanie i realizacja zadań społecznych.
 - d) Rehabilitacja fizykalna.
 - e) Zdalny monitoring, telemedycyna.
 - f) Platforma internetowa dla działań społecznościowych i medycznych.
 - g) Fizjoterapia i dieta.

Zespół cywilizacyjny. Nowe rozpoznanie i nowe metody oddziaływań terapeutycznych
B. Łoza, M. Polikowska

- Faza III – Rozwój osobisty
 - a) Projektowanie i realizacja.
 - b) Motywowanie do działań.
 - c) Addycja technik i oddziaływań.
 - d) Platforma internetowa dla działań społecznościowych i medycznych.
 - e) Profilaktyka i rehabilitacja skutków stresu.
 - f) Kolejne zgrupowania.

Założenia metodologiczne – założenia psychoterapeutyczne

1. Zmianie w równym stopniu podlegają osoba i jej środowisko.
2. Model celowanej interwencji psychoterapeutycznej, ukierunkowanej na zmianę środowiska pacjenta.
3. Każdej relacji należy nadać interpretację terapeutyczną.
4. Każda osoba w otoczeniu pacjenta wnosi oddziaływania terapeutyczne.
5. Kompetentny wpływ zespołu terapeutów i środowiska uczestnika, a nie tylko wpływ pojedynczego terapeuty.
6. Aktualność interwencji i przewlekłość celów oddziaływań.
7. Równoprawność i wielomodalność oddziaływań.

OŚRODEK TERAPII. Podstawowa jest w pełni **terapeutyczna organizacja ośrodka**, w którym realizowane są zgrupowania (pierwsze i kolejne), będącego środowiskiem zmiany, redecyzji uczestnika. W jego ramach niezbędne jest zapewnienie kompetentnego personelu, zarówno pod względem osobowym, jak i pod względem wykształcenia. Duże znaczenie mają warunki architektoniczne i organizacyjne ośrodka, zapewniające bezpieczeństwo i poczucie odrębności, a przede wszystkim sprzyjające zwiększeniu motywacji uczestników programu.

DIETA. Każdy pacjent powinien mieć indywidualnie opracowaną dietę. Modelowa dieta to dieta zbilansowana, dobrana do indywidualnych potrzeb. W przypadku otyłości dieta powinna być zredukowana kalorycznie. Co do zasady, w programie założono dietę niskowęglowodanową, bez cukrów prostych i dwucukrów, bez białego pieczywa. Optymalne może być zaopatrzenie się w gotowe produkty dietetyczne na całą dobę („dieta pudełkowa”), by uniknąć świadomych lub nieświadomych błędów kalorycznych. W ramach różnych diet zalecano uczestnikom spożywanie indywidualnie dobranej wody mineralnej lub różnych wód mineralnych z wykorzystaniem wody siarczkowej [21]. Fizykoterapia i odpowiednia dieta nie tylko wywołują korzystne skutki biologicz-

ne, ale też budują poczucie sprawstwa i kontroli nad sobą.

INFORMATYZACJA. Uczestnicy korzystali z indywidualnych środków pomiaru aktywności (pedometry lub odpowiednie aplikacje na smartfony). Były to elementy systemu określanego w telemedycynie jako IBHT (*Integrated Behavioral Health Tools*). Wykorzystywano je, instruując pacjentów, by w okresie próby codziennie zachowywali tę samą aktywność lub ją stopniowo zwiększali (czas, dystans), a jednocześnie nigdy nie przekraczali granicy dolegliwości somatycznych. System dostarczał także innych motywujących informacji, np. na temat ilości spalonych kalorii i osiągniętych pułapów sprawności.

W wersji rozbudowanej systemu tego typu zapewniają pełną interaktywność i pełną wymianę danych. Dane medyczne są analizowane i powracają w postaci oceny, która uczy i modyfikuje zachowania. Kontrolowane mogą być pomiary antropometryczne, a także parametry biochemiczne i wydolnościowe (np. sprawność układu krążenia). Taki system pozwala na stały monitoring ukierunkowany na ogólne lub wybrane parametry stanu zdrowia (np. redukcję palenia tytoniu). Docelowe rozwiązanie to interaktywna platforma, dostępna na tablecie czy smartfonie, z indywidualnym kontem w ramach programu edukacyjno-terapeutycznego. Nasze doświadczenie wskazuje, że dalszy rozwój takiego systemu jest korzystny nie tylko ze względu na pozyskiwanie i analizę danych medycznych (**funkcja raportowania**). System monitoringu oraz platforma informatyczna, poprzez całodobowe działanie, **redukuje poziom lęku**. Wydaje się, że jest to podstawowa funkcja tego typu rozwiązań. System, strukturalizując zadania, mobilizując do ich wykonania i dostarczając *feedback*, **przejmuje wprost część zadań terapeutycznych**. Z czasem może być on niebagatelnym źródłem oparcia i motywacji do pracy terapeutycznej. Możliwa jest też wewnątrzgrupowa wymiana doświadczeń pomiędzy uczestnikami na interaktywnej platformie.

EFEKTYWNOŚĆ PROGRAMU

Dwa wskaźniki skuteczności przyjęto za podstawowe w ocenie realizacji PRS: wyniki wczesne oraz skuteczność utrzymania uzyskanej poprawy. W pierwszym przypadku oceniano ilościowy zakres poprawy (redukcję zaburzeń), a w drugim – utrzymanie w stanie bez nawrotów wymagających rehospitalizacji.

W tabeli 2 przedstawiono wyniki wczesne (diagnostyczne) trzech skal specyficznych dla typu stresu oraz rezultaty końcowe (przedwypisowe).

Tabela 2. Wyniki (średnie, odchylenia standardowe) Inwentarza wypalenia wg Maslach (MBI), Inwentarza problemów związanych z zajściem w ciążę (FPI) oraz Skali oceny stresu związanego z samotnością (LS-3).

	Ocena wyjściowa	Ocena końcowa
MBI (wypalenie)	27,3 (4,7)	20,9 (4,1)
FPI (niepłodność)	117,3 (20,4)	76,5 (15,1)
LS-3 (samotność)	36,3 (8,9)	20,6 (5,8)

Wszystkie wyniki, wyjściowe i końcowe, były zróżnicowane w sposób istotny (MBI: $p = 0,0004$; FPI: $p = 0,000$; LS-3: $p = 0,000$). Na wykresie 2 przedstawiono rezultaty zawarte w tabeli 2.

Wykres 2. Wyniki średnie wyjściowe i końcowe Inwentarza wypalenia wg Maslach (MBI), Inwentarza problemów związanych z zajściem w ciążę (FPI) oraz Skali oceny stresu związanego z samotnością (LS-3).

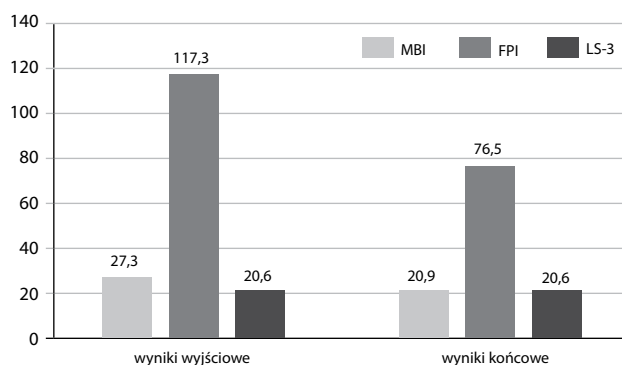


Tabela 3. Efektywność programu redukcji stresu w skali PSS (Perceived Stress Scale) w grupach z wypaleniem (W), niepłodnością (N) i kryzysem relacji partnerskich/osamotnieniem (S).

	Ocena wyjściowa	Ocena po 2–4 tyg.	Ocena po 4–8 tyg.	Ocena po 4–6 mies.	
PRS (W + N + S)	Średnia	25,7	18,2	16,0	14,4
	% osób z redukcją PSS o 20%	-	62,8	74,4	88,4
	% osób z redukcją PSS o 40%	-	27,9	46,5	60,5
PRS – W	Średnia	29,2	21,2	17,3	16,0
	% osób z redukcją PSS o 20%	-	53,3	73,3	93,3
	% osób z redukcją PSS o 40%	-	26,7	53,3	66,7
PRS – N	Średnia	26,2	18,5	17,5	17,9
	% osób z redukcją PSS o 20%	-	58,3	66,7	75,0
	% osób z redukcją PSS o 40%	-	25,0	25,0	33,3
PRS – S	Średnia	22,1	15,1	13,6	10,1
	% osób z redukcją PSS o 20%	-	75,0	81,3	93,8
	% osób z redukcją PSS o 40%	-	31,3	56,3	75,0

W tabeli 3 przedstawiono wyniki w Skali spostrzegania stresu (PSS, *Perceived Stress Scale*), z podziałem na grupy według typu stresu cywilizacyjnego i czasu pozostawania w programie.

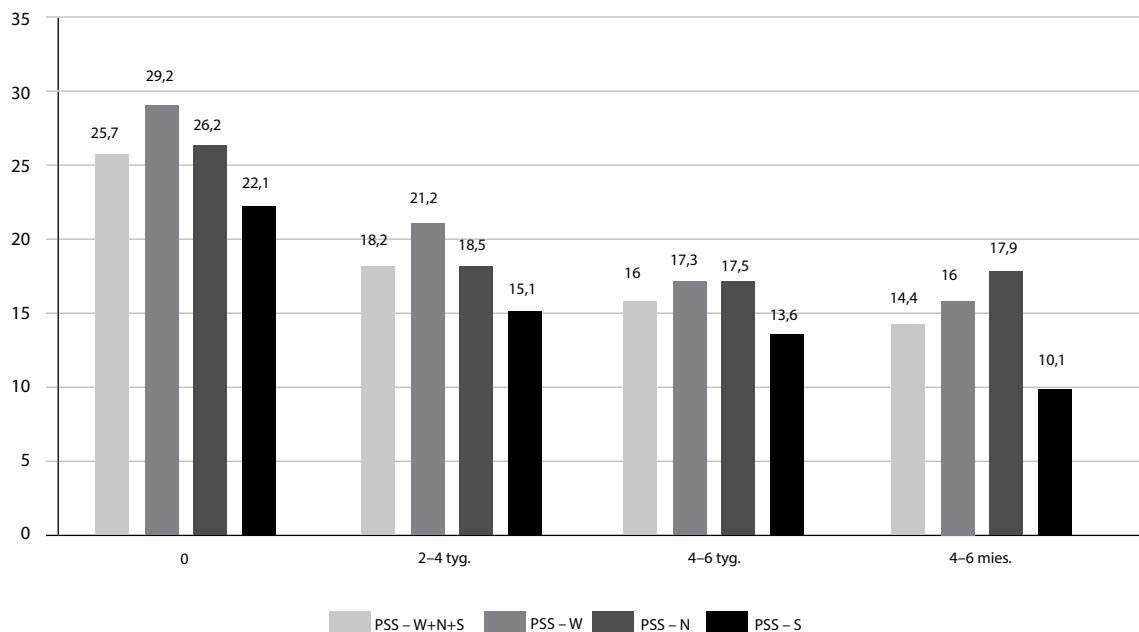
Przeprowadzono analizy wyników PRS między grupami W, N i S (t-student, chi-kwadrat).

Stwierdzono istotne różnice w wyjściowym nasileniu zaburzeń między grupami: W–N: $p = 0,05$; W–S: $p = 0,0002$; N–S: $p = 0,02$. Pozostawały one poza zakresem norm dla skali PSS [20]. Na ogół w późniejszym okresie wzajemne różnice stopniowo się zmniejszały. Na wykresie 3 zaprezentowano łączne wyniki PSS oraz wyniki w trzech grupach: W, N i S w trakcie leczenia.

Nie stwierdzono natomiast istotnych różnic w proporcji pacjentów osiągających 20-procentowy i 40-procentowy próg redukcji zaburzeń w skali PSS oraz w tempie tej redukcji. Oznacza to, że potwierdzono założenie, iż niezależnie od różnic dotyczących źródeł stresu miał szansę zaistnieć wspólny efekt terapeutyczny programu redukcji stresu. Wskazuje to również, że włączone do badania grupy mają wspólny rdzeń etiopatologiczny. Nie mniej ważne jest także, że obserwowana poprawa stanowi dowód, iż faktycznie uczestnicy programu znajdowali się w sytuacji psychopatologicznej. To o tyle istotne, że nadal trwa dyskusja nad kliniczną naturą takich stanów, jak: wypalenie, psychosomatyczna niepłodność czy kryzys relacji. Pacjenci i terapeuci, świadomi potrzeby interwencji, mają do wyboru albo obejście problemu, tj. diagnozowanie stanów pokrewnych, zbliżonych w swoim obrazie, takich jak zaburzenia adaptacyjne lub depresyjne, albo faktyczne rozpoznanie wymienionych stanów zgodne z kodami zaprezentowanymi powyżej.

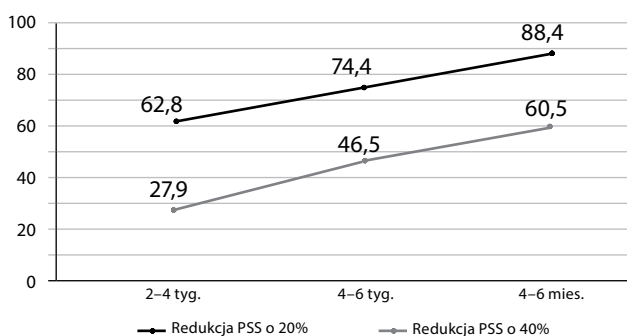
Zespół cywilizacyjny. Nowe rozpoznanie i nowe metody oddziaływań terapeutycznych
B. Łoza, M. Polikowska

Wykres 3. Wyniki w skali PSS (Perceived Stress Scale): łączne (PSS – W + N + S), a także w podgrupach z wypaleniem (PSS – W), z niepłodnością (PSS – N) oraz z kryzysem partnerskim (PSS – S).



Jednym z najważniejszych wskaźników PRS był wzrost udziału uczestników, którzy osiągnęli 20-procentową lub 40-procentową poprawę. Są to wskaźniki, którym odpowiada **odzyskiwanie kompetencji społecznych**. Dynamikę poprawy w tym zakresie przedstawiono na wykresie 4.

Wykres 4. Dynamika poprawy wg wyników skali PSS w zależności od redukcji o 20% lub o 40% poziomu zaburzeń związanych ze stresem.



Ostatnim analizowanym wskaźnikiem skuteczności było pozostawanie w stanie długoterminowej remisji, potwierdzonej brakiem pogorszenia wymagającego rehospitalizacji. Ogółem wstępną zgodę na kontynuację wsparcia w okresie 4–6 miesięcy wyraziło 43 uczestników.

W całej prezentowanej analizie nie uwzględniano osób ($n = 5$), z którymi utracono kontakt; nie wprowadzono ich do analizy w żadnej formie, np. w postaci LOCF.

- Z oferty kontynuacji współpracy w okresie 4–6 miesięcy zrezygnowało, zachowując kontakt terapeutyczny, 7 uczestników. Spośród nich **28,6%** ($n = 2$) było ponownie hospitalizowanych z powodu zaostżenia zaburzeń.
- Z kolei spośród osób pozostających w ambulatoryjnej części programu ($n = 36$) rehospitalizacja dotyczyła **8,3%** ($n = 2$), co oznacza 92-procentowy wskaźnik efektywności długoterminowego (półrocznego) uczestnictwa w programie redukcji stresu.

INNE WSKAŹNIKI EFEKTYWNOŚCI PRS

Program dostarczył wielu istotnych, zróżnicowanych danych, biorąc pod uwagę złożoność wykorzystywanych czynników leczących. Analiza *post hoc* wykazała, że u osób używających pedometrów lub ekwiwalentnego oprogramowania na smartfonach (40%, $n = 17$) występował istotnie niższy ($p = 0,04$) poziom końcowych zaburzeń w skali PSS niż u osób niewykorzystujących tych środków (60%, $n = 26$). Żadna z tych osób nie zrezygnowała z programu i nie doświadczyła nawrotu. Uważamy to za zachętę do dalszego rozwoju technik informatycznych w psychiatrii.

Innym elementem zweryfikowanym w trakcie próby było wdrożenie zbilansowanej diety. Częścią tych działań był właściwy bilans wodny, spożycie doborowych płynów (woda zmineralizowana, antyoksydacyjna woda siarczkowa, rezygnacja z napojów słodzonych i używek). Te opcjonalne działania objęły 35% uczestników ($n = 15$) ze wszystkich grup. Żadna z osób, w przypadku których wdrożono ten program, nie zrezygnowała z uczestnictwa w PRS. Systematyczne obserwacje dotyczące wpływu antyoksydacyjnego wody siarczkowej zaprezentowano w innej pracy [21]. Racjonalna dieta i bilans wodny pozostają wręcz koniecznością wobec wykorzystania i propagowania w programie systematycznych ćwiczeń fizjoterapeutycznych.

Współistnienie 2–3 czynników stresowych równocześnie, np. wypalenia i konfliktów partnerskich, było silnym predyktorem szybszej wczesnej poprawy (≤ 2 tygodni, z redukcją zaburzeń $\geq 20\%$), natomiast dalsza poprawa była stosunkowo mniej dynamiczna, choć nadal możliwa.

PODSUMOWANIE WYNIKÓW PROGRAMU

Zaprezentowany program redukcji stresu w zaburzeniach cywilizacyjnych jest innowacyjny w czterech podstawowych aspektach.

1. Po pierwsze, identyfikuje nowe zagrożenia, dotychczas pozostawione sobie, jako stany psychologiczne lub socjologiczne, a nie medyczne. Prezentowana praca dowodzi, że takie podejście (zaniechanie terapii) dezinformuje i naraża pacjentów na nieuzasadnione cierpienia. Podejście aktywne, wykorzystujące PRS i właściwie kwalifikujące skutki stresu cywilizacyjnego, daje szansę na istotną poprawę.
2. Po drugie, nie ma dziś ośrodków skoncentrowanych na kompleksowej diagnostyce, profilaktyce, interwencji oraz rehabilitacji skutków stresu cywilizacyjnego. Praca dowodzi praktycznej możliwości realizacji takich działań. Przedstawia wystandaryzowany algorytm postępowania w tych stanach.
3. Po trzecie, PRS dowodzi możliwości diagnozy i skutecznej interwencji w stanach stresu cywilizacyjnego w jego wczesnej, psychospołecznej fazie, tj. na etapie, w którym oddziaływania profilaktyczne mogą jeszcze przeciwdziałać skutkom stresu cywilizacyjnego występującym w kolejnej, psychosomatycznej fazie, tj. kiedy rozwijają się już przewlekłe i nawrotowe choroby somatyczne. PRS pozwala więc na uniknięcie lub ograniczenie nasilenia takich chorób, jak: otyłość, nadciśnienie lub inne choroby układu krążenia,

nia, cukrzyca, zespół metaboliczny, choroby układu ruchu i inne.

4. W programie redukcji stresu skutecznie wykorzystano także różnorodne czynniki wpływające na styl życia, których dotychczas nie uwzględniano w takim stopniu w terapii lub też wykorzystywano jedynie w sposób objawowy, co pozbawiało je skuteczności oddziaływania w zaburzeniach psychicznych: fizjoterapię, odżywianie, dietę, *coaching* zachowań, komunikację w mediach społecznościowych oraz zdalny monitoring funkcji życiowych.

WNIOSKI

1. **Stres cywilizacyjny** jest źródłem stanów psychospołecznych, takich jak: wypalenie, problemy z zajęciem w ciężę i konflikty w relacjach partnerskich, których powstawanie, przebieg i konsekwencje mają w istocie charakter medyczny.
2. Badanie wykazało **skuteczność programu redukcji stresu (PRS)** w jego wczesnej (psychospołecznej) fazie.
3. Program redukcji stresu jest **innowacyjną metodą kompleksowych oddziaływań** leczniczych, ograniczającą wczesne zaburzenia (psychospołeczne) oraz przeciwdziałającą rozwojowi stresu do jego kolejnych faz, tj. fazy psychosomatycznej i chorób przewlekłych.
4. Program pozytywnie weryfikuje zastosowanie **specjalistycznych technologii i rozwiązań informatycznych w obszarze psychiatrii** (np. osobistych mierników aktywności oraz komunikacji *online* w ramach platformy medycznej).
5. Wyniki programu wspierają wartość systematycznych oddziaływań **dietetycznych i fizjoterapeutycznych**.

PIŚMIENNICTWO

1. OECD. Chrysopoulos P. OECD: Greeks are Hardest Working People in Europe [online: <http://greece.greekreporter.com/2015/04/21/oecd-greeks-are-hardest-working-people-in-europe/#sthash.qHZWkjDG.dpuf>]. Wersja: 29.07.2015].
2. Björntorp P. Visceral obesity: a "civilization syndrome". *Obes Res* 1993; 1(3): 206-222.
3. Simon K. Civilization stress, cardiovascular risk, evidence-based medicine, guidelines. *Orv Hetil* 2009; 150(19): 895-902.
4. Łoza B, Parnowski T (red). *Nowa depresja. Nowe leczenie*. Medical Education; Warszawa 2013. Wydanie II zmienione.

Zespół cywilizacyjny. Nowe rozpoznanie i nowe metody oddziaływań terapeutycznych
B. Łoza, M. Polikowska

5. Łoza B. Rozdział 44: Depresja u osób z zespołem metabolicznym i cukrzycą. W: Artur Mamcarz: Zespół Metaboliczny. Medical Education, Warszawa 2008, Wydanie II rozszerzone: 529-544.
6. Marquié JC, Tucker P, Folkard S et al. Chronic effects of shift work on cognition: findings from the VISAT longitudinal study. *J Occup Environ Med* 2014; 72(4) [doi: 10.1136/oemed-2013-101993].
7. Stoyanova R, Harizanova S. Economic losses caused by burnout syndrome among prison personnel in Bulgaria. *International Journal of Health Economics* 2013; 3.
8. Maske UE, Riedel-Heller SG, Seiffert I et al. Prevalence and Comorbidity of Self-Reported Diagnosis of Burnout Syndrome in the General Population. *Psychiatr Prax* 2015.
9. Bank Światowy. Polska: tempo wzrostu liczby ludności. 1960-2013 [online: https://www.google.pl/search?espv=2&biw=612&bih=518&q=polska+tempo+wzrostu+liczby+ludno%C5%9Bci&stick=H4sIAAAAAAAAAAGOovnz8BQMDozAHjxKHf6-gWlhRrmWWXaylX5OfnJiSWZ-n5xCZAuLsIMTsyJL0pNBwpZFeQXIOaAZePTi_LLSzLiixJLursYnbjghghRaohZUI4VxYaYlxgZkmvI5MVTVOxnzVkpnsqP-Ksvq5KC3UondAFJ7RfEwAQAA&sa=X&ved=0CCIQth8wAGo-VChMIhrnunaCAxwIVh_JyCh0ncASm]. Wersja: 29.07.2015.
10. Harvard Health Publications. The psychological impact of infertility and its treatment. 01.05.2009. Wersja: 30.07.2015.
11. House A. Stress reduction program for infertility. MCG Women's Behavioral Health Program, Georgia Regents University, Augusta [online: http://www.gru.edu/mcg/psychiatry/clinical/documents/infertility_stress_depression.pdf]. Wersja: 29.07.2015.
12. Boivin J, Schmidt L. Infertility-related stress in men and women predicts treatment outcome 1 year later. *Fertility and Sterility* 2005; 83(6).
13. Henderson T. More Americans living alone, census says. *The Washington Post*, 28.09.2014. Wersja: 30.06.2015 [online: http://www.washingtonpost.com/politics/more-americans-living-alone-census-says/2014/09/28/67e1d02e-473a-11e4-b72e-d60a9229cc10_story.html].
14. Raphael TJ. Singles now outnumber married people in America. *Lifestyle & Belief*, 14.09.2014. Wersja: 30.07.2015.
15. GUS. Stan zdrowia ludności w 2009 r. Raport GUS. ISBN 978-83-7027-468-9.
16. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. MBI: The Maslach Burnout Inventory: Manual. Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1996.
17. Kristensen TS, Borritz M, Villadsen E, Christensen KB. The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress* 2005; 19: 192-207.
18. Moura-Ramos M, Gameiro S, Canavarro MC, Soares I. Assessing infertility stress: re-examining the factor structure of the Fertility Problem Inventory. *Human Reproduction* 2012; 27(2): 496-505.
19. Russell D. The UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment* 1996; 66: 20-40.
20. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav* 1983; 24: 386-396.
21. Łoza B, Polikowska M, Reszczyńska M. Suplementacyjna terapia mineralną wodą siarczkową u osób z zaburzeniami emocji. *Neuropsychiatria* 2015; 7(2).

Adres do korespondencji:

Bartosz Łoza
00-870 Warszawa, Wronia 45/U1