

## S p r a w o z d a n i a

**Barbara Mroziak**  
Zakład Psychologii Klinicznej  
Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

# **13 KONFERENCJA EUROPEJSKIEGO TOWARZYSTWA PSYCHOLOGII ZDROWIA (EHPS) „PSYCHOLOGIA A RENESANS ZDROWIA”, Florencja, październik 1999**

W konferencji EHPS „Psychologia a Renesans Zdrowia”, która odbyła się we Florencji w dniach 1-3.10.1999, wzięło udział ponad 450 osób z Europy, Kanady, USA i Australii. Polskę reprezentowało kilkanaście osób z kilku ośrodków akademickich (Warszawa, Poznań, Katowice, Łódź). W ciągu trzydniowej konferencji codziennie odbywało się 10 równoległych sesji tematycznych (po 5 przed południem i po południu) oraz sesja posterowa obejmująca 15 grup tematycznych. W tym roku liczba aktywnych uczestników konferencji była rekordowo duża, ogółem przedstawiono ponad 180 referatów i 340 posterów. Omówienie tak obfitego materiału nie jest możliwe, ograniczę się więc do pobieżnego przedstawienia tematyki konferencji na podstawie tytułów sesji referatowych i posterowych, ze szczególnym uwzględnieniem wystąpień dotyczących uzależnień.

Chciałabym zacząć od dwóch bardzo interesujących wystąpień, wprawdzie nie związanych bezpośrednio z problematyką uzależnień, lecz ukazujących związek czynników psychologicznych i społecznych ze zdrowiem, a więc odnoszących się również do osób uzależnionych. Wyniki badań przedstawionych przez obu autorów są zbieżne.

Na sesji plenarnej otwierającej konferencję prof. S. Cohen (USA) wygłosił bardzo ciekawy wykład nt. „Stres społeczny, więzi społeczne a podatność na zwykłe prze-

ziębień”. Z wcześniejszych badań o charakterze korelacyjnym wiadomo, że wsparcie społeczne jest czynnikiem sprzyjającym zdrowiu w sytuacjach stresowych. Cohen przedstawił jednak po raz pierwszy serię brytyjskich i amerykańskich badań eksperymentalnych weryfikujących różne modele związków między stresem a podatnością na choroby zakaźne, na przykładzie zwykłego przeziębienia. Wykluczono wpływ ekspozycji, czyli większego ryzyka zakażenia przez stykanie się z innymi ludźmi już chorującymi, umieszczając ochotników w oddziale szpitalnym, gdzie po 7-dniowej kwarantannie zakażono ich jednym z 5 wirusów zwykłego przeziębienia, wkraplanym do nosa. Przedtem badani wypełniali szereg kwestionariuszy psychologicznych, mierzących poziom stresu (zdarzeń życiowych, spostrzeganego stresu i negatywnego nastroju), a także ich zachowania związane ze zdrowiem. Badanych dobierano kontrolując wiek, płeć, poziom wykształcenia, ew. choroby alergiczne, masę ciała i porę roku, w której przeprowadzono badanie. Przeprowadzono też badanie immunologiczne (mierzone m.in. poziom immunoglobulin). Sprawdzano procent osób, u których wystąpiły objawy przeziębienia, uwzględniano też ciężkość jego przebiegu. Stwierdzono liniową zależność między poziomem stresu a podatnością na zakażenie, tzn. im większy stres, tym większa podatność. Taki wniosek wyciągnięto z badań brytyjskich, pierwszych w tej serii. Kolejne badania prowadzono w Pittsburgu (USA), z różnymi wariantami (np. wprowadzono wywiad dotyczący rodzaju i czasu trwania stresu, posiadanego wsparcia społecznego i więzi społecznych, mierzono cechy osobowości, a także poziom hormonów po zakażeniu wirusami). Stwierdzono, że im dłużej działa stres, tym większe jest prawdopodobieństwo przeziębienia; że w przypadku osób bezrobotnych ryzyko zachorowania jest czterokrotnie większe niż u pozostałych; że podatność na zachorowanie związana jest najbardziej ze stresem wynikającym z konfliktów z innymi ludźmi i stresem w pracy. Stwierdzono także, że integracja społeczna jest czynnikiem zwiększającym odporność na zachorowanie: procent przeziębionych był najmniejszy wśród osób pełniących najwięcej ról społecznych (6 lub więcej), najczęściej zaś przeziębiali się ludzie pełniący mało ról (1 do 3). Ponadto ekstrawersja okazała się jedyną z 5 badanych cech osobowości zwiększającą odporność na przeziębienie. Omawiana seria bardzo dobrze kontrolowanych i poprawnych metodologicznie badań wykazała więc dający się replikować związek między stresem a podatnością na przeziębienie, przy czym jest to przede wszystkim stres spowodowany przez konflikty społeczne i bezrobocie. Odporność na zachorowanie zwiększa się dzięki włączeniu w sieć społeczną i przez poszukiwanie kontaktów z innymi ludźmi, zwiększa ją też ekstrawersja jako cecha osobowości. Okazało się, że ani zachowania zdrowotne, takie jak palenie czy aktywność fizyczna, ani hormony nie mają znaczenia dla związku między stresem, czynnikami psychospołecznymi a podatnością na zachorowanie. Przypuszcza się, że związek ten zachodzi poprzez cytokiny, na poziomie odporności komórkowej (ekstrawertycy o silnych więziach społecznych nie reagują na stres przeziębieniem, ponieważ mają dużo cytokin).

Drugi bardzo ciekawy wykład na sesji plenarnej miał ostatniego dnia konferencji prof. C.E. Thoresen ze Stanford University (USA), nt. „Duchowość a zdrowie”. Przedstawił on kilka fascynujących badań z lat dziewięćdziesiątych nad związkiem czyn-

ników duchowych i religijnych ze zdrowiem psychicznym i fizycznym. (Pojęcie duchowości, spirituality, tylko częściowo pokrywa się znaczeniowo z religijnością). Przeprowadzono ostatnio ponad 600 badań empirycznych, głównie korelacyjnych, na temat związku między postawą religijną a umieralnością. Stwierdzono np., że w 6 miesięcy po operacji serca największą umieralność (21%) wśród osób, które nie należały do żadnych grup społecznych i nie miały oparcia w żadnej religii. Metaanaliza 29 różnych prób wykazała, że umieralność wśród osób religijnych jest mniejsza. Predyktorami mniejszej umieralności okazały się też inne czynniki: wsparcie społeczne, pozostawanie w związku małżeńskim, płeć (żeńska), subiektywnie oceniany dobry stan zdrowia. Badania amerykańskie na dużej próbie (3617 osób, w tym 53% kobiet) wykazały związek między praktykowaniem jakiejś religii a umieralnością: liczba zgonów wśród osób chodzących do kościoła raz na miesiąc była o 25% mniejsza, chodzących do kościoła co tydzień – o 35% mniejsza, zaś w grupie chodzących do kościoła częściej niż raz na tydzień – o 39% mniejsza. W badaniach podłużnych prowadzonych przez 28 lat porównywano osoby wysoce i mało religijne – religijność czy duchowość okazała się korzystna dla zdrowia, szczególnie u kobiet. Wszystkie omawiane badania wykazują, że religijność lub duchowość rzeczywiście jest predyktorem niższej umieralności (o ok. 30%), a także mniejszej chorobowości.

Równoległe sesje referatowe poświęcono następującym tematom: czy możliwa jest psychologia zdrowia?; wyzwania dla psychologii zdrowia; psychologia zdrowia a interakcjonizm; teoria planowanego zachowania i zachowań zdrowotnych – zmienne pośredniczące; teorie samoregulacji w badaniach z zakresu psychologii zdrowia; czy koncepcja umiejscowienia kontroli jest przestarzała?; psychologia zdrowia a społeczno-ekonomiczny gradient zdrowia; czynniki społeczne wpływające na zdrowie kobiet; pojęcia zdrowia i choroby u dzieci i dorastających; spostrzeganie choroby – badania i ich implikacje kliniczne; nierealistyczny optymizm a zdrowie; stres życiowy a zdrowie; nowe zjawiska w dziedzinie stresu zawodowego; praca a zdrowie (3 sesje); badania przesiewowe; zagadnienia psychofizjologiczne; psychologiczne aspekty widocznego oszpececia; ból; psychologiczne aspekty chorób serca (3 sesje); psychologiczne aspekty chorób przewlekłych (3 sesje); jakość życia (3 sesje); zachowania zdrowotne i promocja zdrowia (5 sesji); szkolenie w psychologii zdrowia w Europie.

Tematy sesji posterowych były następujące: metody diagnostyczne w psychologii zdrowia; różnice związane z płcią; różnice kulturowe w zakresie zdrowia i choroby; zachowania i poznawcze reprezentacje zdrowotne; stres a interakcja psyche-soma; ocena stresu i radzenie sobie z chorobą; psychospołeczne wymiary chorób psychosomatycznych; psychopatologia i problemy zdrowia; jakość życia w zdrowiu i chorobie; zagadnienia psychologiczne w chorobie nowotworowej; psychospołeczne wymiary chorób przewlekłych; choroby układu krążenia; komunikacja w praktyce klinicznej; poradnictwo i psychoterapia; stresory życiowe a społeczność; stres w miejscu pracy a dobrostan; zdrowie nauczycieli – porównania międzykulturowe; zdrowie dzieci; problemy dorastających; zdrowie kobiet – zagadnienia psychologiczne; osobowość a zdrowie; sport i ćwiczenia fizyczne; dostawcy świadczeń zdrowotnych; promocja zdrowia w cyklu życiowym.

Tematyce uzależnień poświęcono dwie sesje posterowe, pt. profilaktyka uzależnień i interwencje w uzależnieniach (przewodniczył L. Sibilja), oraz palenie – profilaktyka i interwencje (przewodniczył A. Dijkstra).

L. Sibilja (Włochy) przedstawił wstępne wyniki projektu AGATA, realizowanego w Rzymie. Program ten jest oparty na zasadach poznawczo-społecznego uczenia się i ma na celu zwiększenie umiejętności samoregulacji, monitorowania siebie i kierowania własnym postępowaniem u alkoholików, przy użyciu poradnictwa telefonicznego. Uczestnicy sami określają swoje cele (abstynencja lub picie kontrolowane); uczy się ich monitorowania własnego zachowania związanego z piciem alkoholu, kontrolowania związanych z piciem bodźców, a także myśli i emocji. W ciągu 12 miesięcy po wypisie losowo wybrani do programu AGATA uczestnicy (N=51) mieli zgłaszać się telefonicznie co miesiąc, zaś grupę kontrolną stanowiły osoby otrzymujące zwykłą opiekę kliniczną. Uczestnicy programu utrzymywali się w leczeniu znacznie dłużej i mieli znacznie większą liczbę dni abstynencji (234 w porównaniu z 96 w grupie kontrolnej).

Fiorentino i in. (Włochy) przeprowadzili w latach 1993-1998 ankietę wśród 5 377 uczniów szkół średnich, oceniając zachowania związane z piciem alkoholu i postawy wobec alkoholu. Ponad 80% uczniów pije alkohol, w tym prawie 6% podało, że pije alkohol codziennie. Za pomocą testu CAGE oceniono, że 31,1% badanych znajduje się w grupie ryzyka za względu na nadużywanie alkoholu. Autorzy planują opracowanie i wdrożenie programów profilaktyki alkoholowej w szkołach.

Placentino (Włochy) opisała programy profilaktyki alkoholowej: pierwszego stopnia (w miejscu pracy) i drugiego stopnia (na dwóch oddziałach szpitalnych) w Brescii. Schmid (Szwajcaria) przeprowadził w latach 1995-1998 prospektywne badanie czynników z okresu dorastania będących predyktorami picia alkoholu przez młodych dorosłych. Uczniowie szwajcarskich szkół średnich (N=406) byli badani dwukrotnie w odstępie 3 lat. Czynnikiem predykcyjnym dla późniejszego picia przez nich alkoholu okazały się: negatywne uczucia w wieku lat 16/17; posiadanie przyjaciół, którzy piją; niedostrzeganie zagrożenia w piciu alkoholu, a także używanie innych substancji (papierosy, kanabis).

Sibilja i in. (Włochy) są autorami badania, w którym poszukiwano różnic genetycznych u alkoholików: porównywano uzależnionych od alkoholu, których rodzice także byli uzależnieni, z alkoholikami będącymi dziećmi rodziców bez uzależnienia od alkoholu. Te dwie grupy porównywano ze względu na kilka zmiennych psychopatologicznych, neuropsychologicznych i osobowościowych. Nie stwierdzono różnic między porównywanymi grupami – różniły się one istotnie tylko ze względu na wcześniejsze wystąpienie nadużywania alkoholu, niższy poziom wykształcenia i częstsze nadużywanie nielegalnych substancji psychoaktywnych w grupie alkoholików, których rodzice też byli uzależnieni. Wyniki wskazują więc na uwarunkowania raczej środowiskowe niż genetyczne.

Inna grupa włoska (Meringolo, Grazia i Stagnitta) przedstawiła działalność ośrodka dla bezdomnych narkomanów we Florencji, realizującego programy nastawione na redukcję szkód poprzez edukację zdrowotną i zwiększanie kompetencji społecznych uczestników.

Uzależnienia od alkoholu dotyczyły dwa postery polskie. Mellibruda i Kucińska przedstawili wstępne wyniki swoich badań nad psychoterapią współuzależnionych żon alkoholików, traktując współuzależnienie jako problem zdrowotny. Okazało się, że poziom różnych objawów psychopatologicznych w grupie współuzależnionych był wyższy, miały one także słabsze poczucie koherencji. Znalezione interesujące związki między poczuciem koherencji a doświadczeniem przemocy w przeszłości. Poster przygotowany przez Mroziak, Wójtowicza i Woronowicza opisywał zmiany poczucia koherencji (SOC) w psychoterapii alkoholików. Było to sprawozdanie z badań katamnesticznych. Stwierdzono istotny wzrost poczucia koherencji i wszystkich jego składowych u 57 osób uzależnionych od alkoholu po roku od zakończenia przez nie programu terapii w Ośrodku Terapii Uzależnień IPiN. Dane to dotyczą prawie 50% grupy, która zakończyła terapię rok wcześniej i pochodzą od osób, które odpowiedziały na kwestionariusz katamnesticzny. Wyniki tego badania będą przedmiotem odrębnej publikacji.

Osobne sympozjum, któremu przewodniczył prof. R. Schoberberger, dyrektor Instytutu Medycyny Społecznej Uniwersytetu Wiedeńskiego, poświęcono roli psychologii zdrowia w dziedzinie palenia – od profilaktyki pierwszego stopnia do ograniczenia i zaprzestania palenia. Reid, Hotz i Slovinc (Kanada) przedstawili wyniki badania pilotażowego, w którym sprawdzano hipotezę, że trening radzenia sobie ze stresem ukończony przed programem odzwyczajania się od palenia spowoduje, że spostrzegany poziom stresu będzie niższy i zwiększy liczbę osób rzucających palenie. 95 kobiet palących po 10 papierosów dziennie przydzielono losowo albo tylko do programu dla rzucających palenie lub do tego samego programu, ale po uprzednim treningu radzenia sobie ze stresem. Po 8 tygodniach stwierdzono, że w tej ostatniej grupie palenie rzuciło 41,7%, przy 25,5% w grupie bez uprzedniego treningu radzenia sobie ze stresem. Autorzy prowadzą obecnie badanie katamnesticzne, aby sprawdzić, czy ten efekt utrzyma się przez dłuższy czas.

Schmeiser-Rieder i in. przedstawili austriackie badania nad związkiem płci z paleniem. W Austrii 30% populacji pali papierosy, 42% mężczyzn i 27% kobiet. Z badań autorki wynika, że 25 – 30% palących kobiet jest umiarkowanie lub silnie uzależnionych od nikotyny (proporcja ta wśród mężczyzn-palaczy dochodzi do 40%). Kobiety częściej podejmują próby odzwyczajania się od palenia i częściej im się to udaje. W Instytucie Medycyny Społecznej Uniwersytetu Wiedeńskiego od ponad 20 lat leczy się uzależnienie od nikotyny, przy czym programy odzwyczajania od palenia dla kobiet prowadzone są od sześciu lat. W programach tych uwzględnia się wyniki badań epidemiologicznych i proponuje się specyficzne rozwiązania terapeutyczne.

David Marks i Catherine Sykes przedstawili własny program terapii poznawczo-behawioralnej dla palaczy (Quit for Life, rzuć palenie, aby żyć). Program został zrealizowany w biednej dzielnicy północnego Londynu, uczestniczyło w nim 260 palaczy, którzy zgłosili się sami lub zostali skierowani przez lekarzy pierwszego kontaktu. Udział był bezpłatny. Uczestników losowo przydzielano albo do omawianego programu terapeutycznego, lub do grupy kontrolnej, której na podstawie broszury przygotowanej przez Wydział Oświaty Zdrowotnej udzielano porad, jak odzwyczaić

się do palenia. Po 12 miesiącach od zakończenia programu stwierdzono, że spośród 116 uczestników programu terapii poznawczo-behawioralnej nie paliły 23 osoby (19,8%), zaś 10 (8,6%) ograniczyło palenie o co najmniej 25% w stosunku do poziomu sprzed terapii. W grupie kontrolnej (N=104) palenie rzuciło 6 osób (5,8%), a nikt nie ograniczył palenia. Wyniki wskazują więc na skuteczność proponowanej przez autorów terapii.

A. Dijkstra (Holandia) przedstawił próbę opracowania materiałów informacyjnych pomagających w rzuceniu palenia samemu, przy czym informacje te były indywidualnie dostosowywane do potrzeb danej osoby. Porównywano skuteczność takiego podejścia z dostarczaniem materiałów identycznych od strony graficznej i zawartości tematycznej, lecz standaryzowanych. Stwierdzono, że interwencja zindywidualizowana (brano pod uwagę zmienne demograficzne, poznawcze i dotyczące zachowania człowieka) jest skuteczniejsza niż standardowa, i że jest to podejście obiecujące oraz możliwe do wdrożenia na szerszą skalę przy użyciu systemu komputerowego.

Groman i in. (Austria) zaproponowali nieco inne podejście do marketingu społecznego wobec palaczy – zamiast komunikatu „powinien pan przestać palić”, palacz powinien usłyszeć: „chcemy pana poinformować, że..” oraz „wiemy, że rzucenie palenia będzie najlepszym rozwiązaniem pana problemu; powiemy panu, jakie są nowe rozwiązania i jakie ma pan możliwości wyboru poza całkowitym zaprzestaniem palenia”. Przy tak sformułowanym komunikacie autorzy odnieśli wielki sukces, jeśli chodzi o zachęcenie palaczy do udziału w spotkaniu informacyjnym – przyszło na nie ponad 700 osób.

Feselmayer i Beiglböck z niezależnego ośrodka leczenia uzależnień, Anton-Proksch-Institut w Wiedniu, omówili zagadnienie zaprzestawania palenia przez osoby uzależnione od alkoholu. W badanej przez nich próbie 1283 uzależnionych od alkoholu pacjentów Instytutu 77% pali papierosy, w tym ok. 60% wypala 40 lub więcej papierosów dziennie. Autorzy przedstawili swoje interesujące badania nad poczuciem własnej skuteczności, samoświadomością i paleniem papierosów przez alkoholików. Autorzy wyrazili zgodę na polski przekład i publikację swojego referatu w „Alkoholizmie i Narkomanii”, tekst ten ukaże się w jednym z najbliższych numerów.