

16 KONFERENCJA EUROPEJSKIEGO TOWARZYSTWA PSYCHOLOGII ZDROWIA (EHPS), październik 2002, Lizbona, Portugalia

Barbara Mroziak
Zakład Psychologii Klinicznej
Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

W zorganizowanej przez Portugalskie Towarzystwo Psychologii Zdrowia 16. dorocznej konferencji EHPS, która odbyła się w Lizbonie w dniach 2-5 października 2002, udział wzięło ponad 400 osób z całego świata, w tym 15 uczestników z Polski, reprezentujących kilka ośrodków akademickich: Uniwersytety – Warszawski, Łódzki, Śląski, Poznański oraz Akademię Medyczną, Instytut Kardiologii oraz Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

W ciągu konferencji odbyło się 19 interakcyjnych sesji plakatowych, 22 równoległe sesje referatowe, 5 równoległych sympozjów, 4 warsztaty, 2 dyskusje okrągłego stołu oraz kilka wykładów na zaproszenie. Przedstawiono łącznie 187 plakatów oraz ok. 200 wystąpień referatowych w języku kongresowym (angielskim). Ponieważ tematem wiodącym konferencji było zdrowie w ciągu całego życia człowieka, wiele uwagi poświęcono zmianom związanym z wiekiem – zarówno rozwojowym, jak i towarzyszącym starzeniu się (m.in. zaburzeniom neurologicznym, krążeniowym, chorobom zwyrodnieniowym).

Pierwszy wykład Elaine Leventhal z Instytutu Gerontologicznego Akademii Medycznej im. Roberta Wood Johnsona w USA dotyczył zdrowia i choroby w ciągu życia – co mówi nam nasze ciało z upływem lat; szczególny nacisk położono na pojęcie „*frailty*” (kruchość i podatność na czynniki chorobotwórcze właściwa wiekowi podeszłemu). Hans Ormel z ze szpitala uniwersyteckiego w Groningen (Holandia) mówił o zaburzeniach emocjonalnych i niepełnosprawności w perspektywie całego życia człowieka, a w ostatnim wykładzie – Juhani Julkunen z Wydziału Psychologii Uniwersytetu w Helsinkach z tej samej perspektywy omawiał zachowania i czynniki osobowościowe zwiększające ryzyko zachorowania na chorobę wieńcową.

Tematykę zarówno prezentacji plakatowych, jak i referatowych można podzielić na kilka grup: często poruszonym zagadnieniem było zdrowie, dobrostan i psychologiczna jakość życia w różnych grupach wiekowych, u ludzi zdrowych i w różnego rodzaju chorobach (cukrzyca, upośledzenie, niepełnosprawność) lub przy różnych interwencjach medycznych (od diagnozy prenatalnej chorób genetycznych do chirurgicznego usuwania nowotworów nerwu słuchowego). Modele zdrowia, dieta i odżywianie się, zapobieganie chorobom m.in. nowotworowym, cukrzycy, chorobom serca, AIDS oraz percepcja choroby to także częste tematy wystąpień. Nowością była problematyka sztucznego zapłodnienia i diagnostyki prenatalnej. Coraz większym zainteresowaniem cieszyła się tematyka opieki nad osobami w wieku podeszłym, problem starzenia się, a także związku płci ze zdrowiem i chorobą. Nową i budzącą duże zainteresowanie słuchaczy tematyką jest duchowość (nietożsama z religijnością) i

jej związek ze zdrowiem – referat, który na ten temat wygłosiła prof. Heszen-Niejodek, wywołał długą i żywą dyskusję.

Ze względu na dużą ilość materiału trudno w krótkim sprawozdaniu nawet pobieżnie przedstawić wszystkie wystąpienia, uwzględniono tu zatem przede wszystkim problematykę uzależnień, której w tym roku poświęcono stosunkowo niewiele prac – tylko jedną sesję plakatową i jedną referatową (przy czym stosunkowo najliczniejsze wystąpienia dotyczyły palenia tytoniu).

Rumpold i współpracownicy z Uniwersytetu w Innsbrucku (Austria) za pomocą wywiadu strukturyzowanego i kwestionariusza GHQ (General Health Questionnaire) przebadali reprezentatywną próbę (N=510) młodzieży w wieku 14-18 lat, wylosowaną spośród 11597 dorastających w tym mieście. Stwierdzono, że zmienne psychospołeczne dobrze wyjaśniają używanie substancji psychoaktywnych (w tym – alkoholu) przez młodzież. Ryzyko używania zwiększa się wówczas, gdy młody człowiek ma trudności szkolne, szczególnie, jeśli równocześnie istnieje nacisk grupy rówieśniczej, skłaniającej go do używania takich substancji. Wiedza o szkodliwych skutkach zdrowotnych używania poszczególnych substancji psychoaktywnych jest czynnikiem wykazującym wysoce ujemny związek z używaniem alkoholu i narkotyków, ale sama w sobie, jako pojedynczy czynnik, nie zapobiega ich używaniu.

Podobne badania przeprowadzili Hüstler i wsp. z Uniwersytetu we Fryburgu (Szwajcaria) sprawdzając, jaki wpływ ma szereg różnych czynników indywidualnych i środowiskowych na używanie substancji psychoaktywnych (alkoholu, papierosów i kanabinoli) przez młodych ludzi w wieku 11-20 lat (N=900). Stwierdzono, że najsilniejszym czynnikiem ryzyka jest towarzystwo rówieśników używających substancji psychoaktywnych, natomiast czynnikiem ochronnym, zapobiegawczym są dobre relacje z rodzicami (choć wpływ tego czynnika był znacznie słabszy niż szkodliwe oddziaływanie grupy rówieśniczej). Okazało się, że nastrój i wiek młodzieży nie mają żadnego znaczenia dla używania alkoholu i narkotyków przez młodzież.

Stępień z IPiN w Warszawie sprawdzała, jakie czynniki mierzone w pierwszej fazie badań u dorastających mają związek z ich zdrowym stylem życia w drugiej fazie, po 9 latach, czyli w okresie wczesnej dorosłości. Zdrowy styl życia, definiowany m.in. jako mała intensywność spożywania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, miał istotny związek z następującymi wymiarami z okresu dorastania: wewnętrzne poczucie kontroli nad zdrowiem, poczucie własnej skuteczności oraz świadomość związku między zdrowiem z zachowaniami ryzykownymi. Wyniki tych badań będą przedmiotem osobnej publikacji.

Badania porównawcze przeprowadzone przez Kitsantas i Anagnostopoulou wykazały, że wśród studentów uczelni wyższych spożywanie alkoholu jest poważniejszym problemem w USA niż w Grecji, mimo, że w Grecji zarówno rodzice, jak studenci mieli bardziej permissywne postawy i przekonania dotyczące alkoholu. Natomiast rodzice greccy w istotnie większym stopniu niż rodzice amerykańscy monitorowali zachowanie swoich dzieci, co okazało się najważniejszym predyktorem intensywności spożywania alkoholu przez studentów.

Mortensen i współpracownicy z Uniwersytetu Kopenhaskiego zajmowali się związkiem zmiennych socjo-psychologicznych z wzorami spożycia alkoholu u młodych dorosłych Duńczyków (363 mężczyzn i 330 kobiet w wieku 29-34 lat). Badanych podzielono ze względu na wielkość spożycia alkoholu na osoby niepijące, pijące mało, umiarkowanie lub dużo. Różnice między pijącymi mało i umiarkowanie były niewielkie, ale stwierdzono wiele istotnych różnic między abstynentami a osobami pijącymi mało, oraz między pijącymi dużo a dwoma pozostałymi grupami pijących. Różnice te dotyczyły pochodzenia społecznego, poziomu wykształcenia, inteligencji, cech osobowości, objawów psychopatologicznych oraz zachowań związanych ze zdrowiem. Ponieważ osoby w badanej próbie były młode, a ich spożycie alkoholu stosunkowo niewielkie, przypuszcza się, że na zaobserwowane różnice we wzorach spożycia alkoholu mają wpływ cechy osobowości, inteligencja oraz poziom wykształcenia i status społeczny, a dokładniej: oba stosunkowo nietypowe w Danii wzory spożycia (abstynencja i picie intensywne) prawdopodobnie zależą od czynników psychologicznych, podczas gdy różnice w obrębie wzorów typowych (picie umiarkowanego i w niewielkich ilościach) – od norm i obyczajów w środowisku społecznym jednostki.

Mroziak przedstawiła część wyników zakończonego w ubiegłym roku programu badawczego nt. poczucia koherencji (SOC) osób dorosłych uzależnionych od alkoholu i zmian w zakresie ich zdrowia psychicznego po psychoterapii. Silne poczucie koherencji okazało się w ogóle związane z mniejszym nasileniem objawów psychopatologicznych – podobnie jak w wielu innych badaniach. Poziom poczucia koherencji przed terapią miał związek z wielkością poprawy bezpośrednio po zakończeniu terapii (nasilenie objawów zmalało istotnie bardziej u osób ze słabym SOC), a także z rodzajem zmian: terapia nie miała wpływu na poziom lęku osób ze słabym SOC, podczas gdy u osób z silnym SOC natężenie tych objawów istotnie zmniejszyło się bezpośrednio po terapii. Być może wyjściowy poziom SOC ma związek z mechanizmem zmian w terapii. Ponadto, po roku od zakończenia terapii stwierdzono stałą poprawę w zakresie objawów depresji z pobudzeniem oraz natężeń – niezależnie od poziomu SOC, a także w zakresie depresji z zahamowaniem i agresji/wrogości – u osób ze słabym SOC.

Bardzo interesujące badania międzykulturowe przeprowadziła grupa badaczy z kilku ośrodków: Uniwersytetu Szeged, Uniwersytetu Stanu Iowa, Uniwersytetu Ege w Izmirze oraz Uniwersytetu Warszawskiego, który reprezentowała Łuszczzyńska. Badania dotyczyły wielu różnych czynników (socioekonomicznych, dyspozycji indywidualnych, zachowań ryzykownych, w tym używania substancji psychoaktywnych), związanych z szeroko rozumianym zdrowiem młodzieży oraz spostrzeganym przez nią ryzykiem zachowań szkodliwych dla zdrowia. Zbadano ogółem ponad 2300 uczniów szkół średnich (losowy dobór klas) z Polski, Turcji, USA i Węgier. W jednym z kilku doniesień z tych badań stwierdzono, że we wszystkich krajach palacze, w porównaniu z niepalącymi, spostrzegali palenie jako większe zagrożenie dla zdrowia. Wystąpiły tu też różnice międzykulturowe: w Polsce i Turcji palacze zaniżali poziom własnego zagrożenia dla zdrowia związanego z paleniem, zaś niepalący przeciwnie, przeceniali zagrożenie własnego zdrowia, podczas gdy w USA nie było takich różnic między palaczami i niepalącymi. Analogiczne wyniki uzyskano w odniesieniu do picia alkoholu. Okazało się ponadto, że najwięcej palących jest wśród młodzieży węgierskiej i polskiej (odpowiednio 58,7 i 57,6%), przy znacznie mniejszym rozpowszechnieniu palenia w Turcji i Stanach Zjednoczonych (23,6 i 22,1%). Predyktorem palenia papierosów w przypadku młodzieży europejskiej było poczucie własnej skuteczności, natomiast tendencja do porównań społecznych miała istotny związek z paleniem u młodzieży amerykańskiej. Nie stwierdzono różnic międzykulturowych dotyczących orientacji przyszłościowej: niezależnie od kraju, uczniowie myślący o przyszłości palili mniej.

Celem badań przeprowadzonych na Uniwersytecie w Metz, Francja (Müller i wsp.) było określenie czynników wyjaśniających palenie papierosów przez studentów pierwszego roku. Zestawem kwestionariuszy zbadano 390 mężczyzn i 543 kobiety. Palacze różnili się istotnie od niepalących ze względu na: spostrzegany poziom stresu, radzenie sobie ze stresem przez unikanie, cele osobiste, wsparcie społeczne, oraz cierpienie psychiczne. Te same czynniki wyjaśniały również uzależnienie od tytoniu oraz liczbę papierosów wypalanych dziennie.

Badacze norwescy z grupy Rise przedstawili kilka badań (opartych przeważnie na teorii planowanego zachowania), dotyczących palenia papierosów. Moan, Rise i Andersen stwierdzili, że teoria ta lepiej wyjaśnia zachowanie mężczyzn niż kobiet podejmujących decyzję o niepaleniu ze względu na obecność dziecka. Zamiar niepalenia przy dziecku zależał od innych procesów u mężczyzn (spostrzegana kontrola nad własnym zachowaniem, subiektywne normy, własna tożsamość i antycypowane negatywne emocje) niż u kobiet, (u których ważniejsze okazały się normy moralne i antycypowane emocje pozytywne). Skalle i Rise analizowali też rolę porównań własnej osoby z innymi w trzech podgrupach nastolatków z ogólnokrajowej próby norweskiej: niepalących (N=1443), palących codziennie dziewcząt (N=165) i palących codziennie chłopców (N=123). Badani porównywali siebie z typowym przedstawicielem swojej grupy, pod względem cech pozytywnych, negatywnych i ogólnego wyglądu. Niepalących charakteryzowała pozytywna tendencyjność percepcji (oceniali siebie lepiej od innych), natomiast dziewczęta palące codziennie wykazywały wysoce istotną tendencyjność negatywną (oceniały siebie znacznie gorzej niż innych w zakresie cech pozytywnych, przy braku różnic w pozostałych dwóch zakresach). Podobnie negatywnie spostrzegali siebie palący codziennie chłopcy (mniej korzystnie oceniali swoje cechy pozytywne i wygląd). Bardziej pozytywny obraz innych palaczy niż własnej osoby w

przypadku palących codziennie dziewcząt i chłopców interpretowano jako cel, do osiągnięcia którego dążą dorastający palacze.

Slovinec, D'Angelo i Reid z Heart Institute University of Ottawa oceniali w badaniu katamnetycznym po roku skuteczność dodatkowego treningu panowania nad stresem (8 sesji) w trakcie programu odzwyczajania się od palenia w grupie 332 kobiet palących przeciętnie 10 papierosów dziennie. Po 12 miesiącach ogólny wskaźnik abstynencji wynosił 19,6%, przy czym szczegółowe analizy nie wykazały istotnego wpływu treningu umiejętności radzenia sobie ze stresorami specyficznymi dla palenia papierosów. Pedersen i wsp. Dijkzigt Hospital w Rotterdamie (Holandia) przedstawili wieloczynnikowy ambulatoryjny program odzwyczajania od palenia przeznaczony dla pacjentów z chorobą wieńcową serca. Po trzech miesiącach od zakończenia programu jedna trzecia pacjentów utrzymywała abstynencję do palenia. Abstynenci przed rozpoczęciem programu zwykle mniej palili, byli mniej uzależnieni, mieli niższe wyniki w skalach lęku i depresji oraz relatywnie mniej odległe w czasie rozpoznanie choroby wieńcowej. Inna grupa holenderska, Pieterse i wsp. z University of Twente, wprowadziła wymagający minimalnego kontaktu program odzwyczajania od palenia, adresowany do lekarzy pierwszego kontaktu, tzw. strategię rozproszonych oddziaływań. Obejmowała ona takie elementy, jak: rozgłos w profesjonalnych czasopismach, zaangażowanie autorytetów w kampanię, informujące palaczy komunikaty w środkach masowego przekazu, warsztaty prowadzone przez miejscowy personel i przesyłanie pocztą materiałów dotyczących programu. Jej skuteczność oceniono w grupie 297 lekarzy. Po dwóch latach stwierdzono, że 47 z nich (15,8%) zastosowało ów program, a dalsze 30% miało zamiar wkrótce go zastosować. Około połowa osób, które zastosowały program, zaprzestaje palenia w ciągu roku. Oceniono, że badana strategia rozproszona jest generalnie skuteczna.

Schoberberger i wsp. z Uniwersytetu Wiedeńskiego zwrócili uwagę na znaczenie właściwej diagnozy w skutecznym odzwyczajaniu od palenia. Aby wybrać odpowiednią interwencję terapeutyczną, należy najpierw zdiagnozować pacjenta. Przy użyciu kwestionariusza VSSI (Wiedeński Standardowy Inwentarz dla Palaczy) wyodrębniono 3 różne grupy palaczy: grupa A (N=2059) to palacze w populacji ogólnej, którzy nie myślą o rzuceniu palenia i są mniej uzależnieni od nikotyny niż palacze z grupy B (N=330), którzy zgłaszają się po pomoc w odzwyczajaniu się od palenia do specjalistycznych instytucji, lub z grupy C (N=93), którzy gotowi są walczyć z nałogiem palenia w warunkach szpitalnych. Ok. 50% palaczy z grupy A pali tylko w określonych sytuacjach, podczas gdy w grupie B jest 10% takich osób, a w grupie C – 26%. W grupach B i C stwierdzono też istotnie więcej niż w grupie A czynników psychospołecznych, które przeszkadzają w zaprzestaniu palenia.

Podsumowując wystąpienia na 16. Międzynarodowej Konferencji EHPS, można powiedzieć, że:

- po pierwsze, coraz więcej prac dotyczy pozytywnych aspektów zdrowia i choroby oraz podejścia salutogenetycznego (korzystne doświadczenia związane z chorobą, poczucie koherencji, optymizm, duchowość), niekiedy z odniesieniem do mechanizmów psychoneuroimmunologicznych oraz jakości życia.
- po drugie, coraz wyższy jest poziom techniczny prezentacji, niemal wszystkie referaty przedstawiono przy użyciu technik komputerowych (np. PowerPoint).