

RENATA FRAN CZAK

franczakrenata@gmail.com

Psychoterapia wśród studentów. Stan aktualny i potrzeby

Psychotherapy among Students. Current Status and Needs

STRESZCZENIE

W ostatnich latach rośnie liczba studentów z objawami różnych zaburzeń psychicznych. Dostępne badania potwierdzają, że studenci zgłaszają więcej problemów psychicznych niż porównywalna wiekowo grupa osób niestudiujących. Zaburzenia zdrowia psychicznego studentów wydają się istotnym problemem społeczności akademickiej. Ten problem nie doczekał się jeszcze wypracowanych sposobów i standardów rozwiązywania. Celem artykułu jest przedstawienie psychoterapii jako skutecznej formy leczenia zaburzeń psychicznych i emocjonalnych. Psychoterapia jest przedstawiona na tle funkcjonujących obecnie w środowisku akademickim form wsparcia psychicznego dla studentów.

Słowa kluczowe: psychoterapia; zaburzenia i problemy psychiczne; środowisko akademickie

WPROWADZENIE

Zdrowie psychiczne jest aktualnie jednym z istotnych aspektów zdrowia w pojęciu ogólnym, jest wyzwaniem dla polityki społecznej i zdrowotnej poszczególnych państw oraz ich samorządów terytorialnych. Pomimo tego, że kwestie związane ze zdrowiem psychicznym są poruszane od dawna, np. przez Światową Organizację Zdrowia (WHO 2013a, 2013b), to przez wiele lat temat osób cierpiących z powodu problemów psychicznych był spychany na margines i stanowił społeczne tabu.

W ostatnim dziesięcioleciu obserwuje się znaczący wzrost zainteresowania zdrowiem psychicznym i silne dążenie do zwiększenia wysiłków na rzecz jego poprawy. Dotyczy to zarówno poziomu globalnego, jak i samego Regionu Europejskiego WHO (Miśkiewicz 2014, s. 18–19). Obecnie, w związku z rosnącą wykrywalnością zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, istotna jest zmiana podejścia do tego zagadnienia i związanych z nim kwestii. Znalazło to swoje miejsce w kolejnych dokumentach. Państwa europejskie przyjęły Deklarację o Ochronie Zdrowia Psychicznego w Europie (WHO 2005). Uchwalono też dwa strategiczne dokumenty: Globalny Spójny Plan Działania w Zakresie Zdrowia Psychicznego 2013–2020 (WHO 2013a) oraz Europejski Plan Działania (WHO 2013b). W poszczególnych krajach są realizowane programy związane z profilaktyką i ochroną zdrowia psychicznego.

WYSTĘPOWANIE ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH

Badania dotyczące krajów europejskich wskazują, że od około 25 do 33% osób cierpi w danym roku na jakiś rodzaj zaburzeń psychicznych (Szafranski 2014, s. 12). Raport Światowej Organizacji Zdrowia (WHO 2001) *Zdrowie psychiczne: nowe rozumienie, nowa nadzieja* wskazuje, że zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania dotyczą w pewnych okresach życia nawet 25% populacji. Niektóre badania pokazują, że jest to nawet 38,2% osób, czyli około 164,8 mln osób. Szacuje się, że 10–20% osób z powyższej grupy doświadcza cięższego przebiegu zaburzeń psychicznych, a ich charakter jest często przewlekły (Szafranski 2014, s. 12). Dotyczą one ludzi ze wszystkich krajów i społeczeństw, osób w każdym wieku, niezależnie od płci czy statusu materialnego, mieszkających na terenach zurbanizowanych i wiejskich – są to choroby powszechne, o uniwersalnym charakterze (WHO 2001, s. 19).

Najczęstszym rodzajem zaburzeń występujących w populacji są: zaburzenia lękowe – cierpi na nie w danej społeczności przeciętnie co szósta osoba; zaburzenia nastroju (głównie depresja) – jedna osoba na dziesięć; uzależnienia – 4% (WHO 2001, s. 11). Europejskie badania epidemiologiczne natomiast wskazują, że depresja jest jednym z najbardziej rozpowszechnionych problemów zdrowia psychicznego w wielu państwach członkowskich. Cierpi na nią ponad 11% dorosłej populacji UE (GUS 2012, s. 66–73). Szacuje się, że 350 mln ludzi na świecie cierpi z tego powodu. W obecnych rankingach najczęściej występujących chorób na świecie plasuje się ona na 3. miejscu; prognozuje się, że do 2030 r. będzie to najbardziej powszechna dolegliwość (WHO 2011).

W Polsce dane epidemiologiczne jednoznacznie wskazują skalę rozpowszechnienia chorób i zaburzeń psychicznych. Tylko w naszym kraju, na podstawie badania EZOP Polska pt. *Epidemiologia zaburzeń psychicznych a dostęp*

do opieki, przeprowadzonego na reprezentatywnej próbie 10 tys. respondentów (zastosowano międzynarodowy kwestionariusz CIDI – *Composite International Diagnostic Interview*), stwierdzono, że co najmniej jedno zaburzenie psychiczne w ciągu życia można było rozpoznać u 23,4% osób, czyli u około 6 mln obywateli (Kiejna i in. 2012, s. 19–41). Zaburzenia te zdefiniowano według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10 i Klasyfikacji Zaburzeń Psychiczych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-IV. Badanie EZOP pokazało, że w populacji osób w wieku 18–64 lat około 20–30% skarżyło się na takie problemy, jak stany obniżenia nastroju i aktywności, przewlekły lęk czy drażliwość (EZOP 2012, s. 269). Do najczęściej występujących należały zaburzenia związane z uzależnieniem, a dokładnie z używaniem substancji – 12,8% (w tym nadużywanie i uzależnienie od alkoholu – 11,9%, nadużywanie i uzależnienie od narkotyków – 1,4%). Ekspertcy zauważyli, że

(...) ekstrapolacja tych danych na populację ogólną pozwala przyjąć, iż nadużywanie substancji, w tym alkoholu, dotyczy ponad 3 mln, a uzależnienie – około 700 tys. osób w wieku produkcyjnym. Kolejna grupa zaburzeń pod względem rozpowszechnienia to zaburzenia nerwicowe, wśród których do najczęstszych należą fobie specyficzne (4,3%) i fobie społeczne (1,8%). Ogółem wszystkie postaci zaburzeń nerwicowych dotyczą około 10% badanej populacji (EZOP 2012, s. 267).

Po analizie wyników badań autorzy stwierdzili, że w populacji polskiej można oszacować liczbę osób dotkniętych tymi zaburzeniami na 2,5 mln. Raport EZOP Polska stanowi oszacowanie, po raz pierwszy na tak dużej próbie badanych w naszym kraju, nie tylko rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych, ale także kondycji psychicznej Polaków, oraz kwestii rozpowszechniania wielu objawów, które same w sobie nie pozwalają na postawienie diagnozy, lecz obniżają jakość życia i mogą zwiastować pojawienie się zaburzeń.

Z podsumowania badania wynika również, że „często konsekwencje złego stanu psychicznego odczuwane są jako kłopotliwe, sprzyjające niesprawiedliwie nierównemu traktowaniu lub uważane za źródło istotnych zakłóceń w relacjach z rodziną i przyjaciółmi. Ponadto spośród czynników społeczno-demograficznych większą rolę można przypisać tym, które wpływają na wsparcie społeczne” (Wciórka [red.] 2014, s. 15).

Badania przeprowadzane przez CBOS pokazują, że co trzeci dorosły Polak niepokoi się o swoje zdrowie psychiczne. Okazuje się, że niepokój o własne zdrowie psychiczne zależy od tego, czy respondenci mieli osobisty kontakt z osobami cierpiącymi z powodu zaburzeń psychicznych. Ci, którzy zetknęli się z nimi bezpośrednio, obawiają się o swoje zdrowie psychiczne częściej (36%) niż niemający z nimi styczności (29%) (Boguszewski 2012, s. 11).

Według danych z Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego od 1990 do 2007 r. wskaźnik rejestrowanego rozpowszechnienia zaburzeń psychicz-

nych w Polsce wzrósł o 119% w opiece ambulatoryjnej i o 50% w opiece stacjonarnej. Ten wzrost dotyczy w dużym stopniu osób młodych do 29. roku życia i odnosi się do zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu, zaburzeń rozwojowych, zaburzeń afektywnych, zachowania i emocji (*Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego...* 2010, s. 1–7).

PROBLEMY PSYCHICZNE WŚRÓD STUDENTÓW

W ostatnich latach rośnie liczba studentów z objawami różnych zaburzeń psychicznych. Dostępne badania potwierdzają, że studenci zgłaszają więcej problemów psychicznych niż porównywalna wiekowo grupa osób niestudujących. Zaburzenia zdrowia psychicznego studentów wydają się istotnym problemem społeczności akademickiej. Częstotliwość występowania problemów psychicznych wśród studentów jest wyższa niż w populacji ogólnej (od 19,2 do 67,4%) (Stallman 2010).

Międzynarodowa Klasyfikacja Zaburzeń Psychiczych ICD-10 oraz amerykańska DSM-IV wyróżniają kategorie zaburzeń psychicznych, których przebieg charakterystyczny jest także dla wczesnej dorosłości oraz dorosłości, a więc okresu życia, w którym znajdują się studenci. Są to: zaburzenia psychotyczne, zaburzenia lękowe, zaburzenia występujące pod postacią somatyczną, zaburzenia dysonocjacyjne i reakcja na ciężki stres, zaburzenia nastroju (depresje i choroba afektywna dwubiegunowa), zaburzenia odżywiania się (anoreksja, bulimia), zaburzenia osobowości.

Jak podkreśla Dembińska (2010, s. 1), „okres studiów może być czasem podwyższonego ryzyka wystąpienia różnorodnych trudności psychicznych, w tym pierwszych epizodów zaburzeń psychicznych. Na sytuację tę wpływa szereg czynników”. Przede wszystkim decyduje o tym typowy przebieg zaburzeń psychicznych – część z nich rozpoczyna się pod koniec okresu dojrzewania i we wczesnej dorosłości (tab. 1).

Ten okres i związane z nim przemiany rozwojowe, takie jak poszukiwanie i konieczność określenia własnej tożsamości, wybranie ścieżki rozwoju zawodowego, ustalenia swojej roli w grupie rówieśniczej, a także podejmowanie pierwszych stabilnych relacji uczuciowych, wywołują dużą presję emocjonalną, która zwiększa podatność na inne czynniki stresowe (Dembińska 2010, s. 2–3). Młody człowiek dodatkowo stoi przed szeregiem nowych zmian i konieczności adaptacji do zaistniałych sytuacji. Musi skonfrontować się choćby z oddaleniem się od rodziny pochodzenia, przyjaciół i znajomych, dostosowaniem się do nowego otoczenia, odmiennym od dotychczasowego sposobem uczenia się, podjęciem odpowiedzialności za własne uczenie oraz dysponowaniem czasem i finansami czy wchodzeniem w nowe relacje (Dembińska 2010, s. 2–3).

Tab. 1. Wiek wystąpienia pierwszych objawów zaburzeń psychicznych

Zaburzenie psychiczne	Najczęstszy wiek wystąpienia zaburzeń psychicznych
Schizofrenia	20–30
Depresja	20–30 (pierwszy szczyt zachorowań)
Choroba afektywna dwubiegunowa	20–30
Zaburzenia lękowe	15–25
Zaburzenia obsesyjno-kompulsywne	12–35
Zaburzenia odżywiania:	
– anoreksja	14–18
– bulimia	18–25
Zaburzenia konwersyjne	20–30
Zaburzenia somatoformiczne	18–30
Zaburzenia osobowości	17–30 (rozpoznawanie od 18. roku życia)

Źródło: Dembińska (2010).

W okresie przypadającym na czas studiów rozpoczyna się wiele zaburzeń psychicznych, w przebiegu których występują objawy psychotyczne prowadzące do utraty prawidłowego kontaktu z rzeczywistością. Objawy psychotyczne obejmują urojenia, omamy i całkowitą dezorganizację zachowania. Urojenia to fałszywe przekonania, w które osoba mocno wierzy, które nie ulegają korekcie pomimo dostarczania dowodów na ich fałszywość, nie mają też poparcia w rzeczywistości. Omamy to fałszywe doznania zmysłowe, takie jak słyszenie głosów, widzenie zjaw, dziwne odczucia zmysłowe (np. czucie smaków, zapachów). Studenci mogą doświadczać objawów psychotycznych na różnym podłożu. Przyczyny schizofrenii nie są jednoznaczne. Powodem nasilenia się objawów może być zażywanie substancji psychoaktywnych, nagle odstawienie długotrwanie przyjmowanych substancji psychoaktywnych, schizofrenia, depresja, choroba afektywna dwubiegunowa (okres manii lub depresji). Objawy, które charakteryzują osoby doświadczające stanów psychotycznych to np. niezrozumiały, nielogiczny sposób mówienia; niezdolność do prowadzenia logicznej konwersacji; niedostosowane do sytuacji reakcje emocjonalne lub całkowity ich brak; zachowania mogące wskazywać na doświadczanie omamów; dziwne przekonania, które prowadzą do poważnych zniekształceń w postrzeganiu rzeczywistości (urojenia); wycofywanie się z kontaktów społecznych; nadmierna i całkowicie nieuzasadniona podejrzliwość; poczucie nadrealnej mocy (por. Seligman, Walker, Rosenhan 2003, s. 445–500).

Inny rodzaj zaburzeń mogących występować wśród studentów to zaburzenia lękowe. Lęk może pojawiać się w wielu różnych sytuacjach lub może być ograniczony do określonej sytuacji (np. wystąpień publicznych, przebywania w gru-

pie, jeżdżenia autobusem, przechodzenia przez most, kontaktu z pająkami, szczurami). Nadmiar lęku upośledza funkcjonowanie społeczne takiej osoby i nie pozwala na realizację potencjalnych możliwości intelektualnych. Może on występować w postaci powtarzających się ataków (np. paniki), natręctw myślowych, obsesji lub przewlekłe utrzymujących się objawów (np. stałego poczucia napięcia, niepokoju, niemożności odprężenia się). Odczucia, które zwykle towarzyszą uczuciu lęku, to m.in. słaba koncentracja uwagi przy znacznej koncentracji na sobie; niemożność wypoczynku; nadmierne obawy; problemy w zapamiętywaniu; trudności ze snem; przyspieszone bicie serca; skrócony, płytki oddech; drżenie rąk lub całego ciała; nadmierne pocenie się; zawroty głowy; nudności; uczucie przerażenia; obawa przed utratą kontroli (por. Seligman, Walker, Rosenhan 2003, s. 180–236).

W późnym okresie dojrzewania i wczesnej dorosłości mogą wystąpić również zaburzenia afektywne (np. depresja, choroba afektywna dwubiegunowa, zaburzenia nastroju spowodowane substancją). Osobę doświadczającą depresji może charakteryzować: spowolnienie tempa myślenia; utrata zainteresowań i przyjemności z wykonywania czynności, które do tej pory były źródłem satysfakcji; osłabienie pamięci; słaba koncentracja; obniżenie aktywności ruchowej i zdolności do pracy umysłowej; poczucie zmęczenia; niechęć do nauki; autodestrukcyjne przekonania poddające w wątpliwość możliwość kontynuowania edukacji czy zdania egzaminów; nieadekwatne poczucie winy; katastrofizacja.

W przypadku choroby afektywnej dwubiegunowej, oprócz cech charakterystycznych dla depresji, występują okresy manii, podczas której może nastąpić: euforia; wysokie pobudzenie; rozdrażnienie; przyspieszenie toku myślenia; natłok myśli; zachowania nieadekwatne do okoliczności (co może powodować konflikty z prowadzącym zajęcia i innymi osobami); niepohamowane decyzje; impulsywność w zachowaniu; podwyższona ocena własnej sprawności umysłowej; poczucie mocy (por. Seligman i in. 2003, s. 276–312). Jednocześnie można zaobserwować spadek realnej zdolności psychicznej, objawiającej się przez: zmienność i powierzchowność zainteresowań; spadek precyzji myślenia; brak krytycyzmu; słabą koncentrację uwagi; spadek zdolności do działań celowych i zorganizowanych (np. do nauki).

W badaniach przeprowadzonych przez National College Health Assessment w USA około 30% studentów czuło się tak depresyjnie, że nie byli w stanie funkcjonować. Dane dotyczące tendencji suicydalnych wśród studentów, przeprowadzone przez Dahlin i in., wskazują, że około 2,7% studentów deklarowało próby samobójcze. Eisenberg i in. w swoich badaniach podają, że u 2% studentów pojawiały się myśli samobójcze (za: Białkowska i in. 2014, s. 368). W innych badaniach aż 10% studentów „poważnie rozważało popełnienie samobójstwa” (MacCall, Callender, Irvine 2001, s. 137–143).

J. Pasternak podkreśla, że na poziomie społecznym podczas funkcjonowania akademickiego symptomy mogą uwidocznic się w formie bezpośredniej lub pośredniej. Do pierwszego sposobu ujawniania się objawów można zaliczyć: ekspresję nieadekwatnych zachowań; trudności w komunikacji interpersonalnej; konflikty z prowadzącym zajęcia i innymi osobami; nagłe wychodzenie w trakcie zajęć; gadatliwość; nieprzemyślane wypowiedzi; skracanie dystansu społecznego w stosunku do prowadzących zajęcia. W sposób pośredni symptomy mogą się objawiać np. przez: absencję na zajęciach; konflikty wewnętrzne; okresy wzmożonej i obniżonej aktywności; apatię; wycofanie się z jakichkolwiek aktywności; bierność. Okresy widocznej dysfunkcji społecznej mogą przeplatać się z okresami w miarę dobrego przystosowania (za: Zaborniak-Sobczak, Sznajder, s. 5).

Studenci cierpiący na zaburzenia psychiczne mogą borykać się w procesie edukacyjnym z różnego rodzaju trudnościami. E. Dembińska w broszurze *Wsparcie edukacyjne studentów z zaburzeniami psychicznymi* wymienia następujące

(...) trudności wpływające na ich wywiązywanie się z obowiązków akademickich:

- absencja wynikająca z okresowych nasileń objawów choroby,
- konieczność nadrabiania zaległości powstałych np. w okresie hospitalizacji,
- problemy z koncentracją, pamięcią, utrzymaniem odpowiedniego poziomu motywacji, radzeniem sobie ze stresem,
- organizacja własnej pracy, planowanie działań, ustalanie celów i priorytetów, szczególnie pod presją czasu,
- konieczność pracy w grupie, lęk przed publicznym wypowiedaniem się,
- radzenie sobie ze skutkami ubocznymi przyjmowanych leków (np. senność, wolniejsze tempo pracy) (Dembińska 2010a, s. 2).

Rozważając powyższe kwestie, można dojść do wniosku, że środowisko akademickie ma szansę stać się jednym z pierwszych miejsc, w których zauważalne są niepokojące zachowania studenta w formie nagłego i gwałtownego ujawnienia się trudności emocjonalnych lub w postaci powolnej zmiany zachowania. Należy zaznaczyć, że „nagłe ryzykowne zachowania studentów nie zawsze są bezpośrednio związane w występowaniem przewlekłych zaburzeń psychicznych, mogą również pojawić się w związku z użyciem substancji psychoaktywnych, trudną sytuacją osobistą studenta, złą tolerancją stresu w przypadku nagromadzenia sytuacji trudnych w krótkim czasie” (Dembińska 2010, s. 2–3). Nie ulega wątpliwości, że istotne jest rozwijanie różnorodnych form pomocy dla studentów z zaburzeniami psychicznymi, adaptacyjnymi, emocjonalnymi i borykającymi się z różnego rodzaju cierpieniem w swoim życiu.

SIEĆ WSPARCIA

Podjęmowane są próby systemowych rozwiązań, uwzględniające kwestie zdrowia psychicznego, w programach rozwoju społeczno-gospodarczego kra-

ju, głównie jest to Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego przyjęty przez Radę Ministrów 28 grudnia 2010 r. Pierwszy etap realizacji programu obejmował lata 2011–2015, drugi – 2016–2020. W poszczególne zadania są włączeni ministrowie właściwi ze względu na cele programu, a w szczególności minister sprawiedliwości, minister obrony narodowej oraz ministrowie zdrowia, pracy i polityki społecznej, nauki i szkolnictwa wyższego, spraw wewnętrznych, administracji i cyfryzacji, a także NFZ oraz samorządy województw, powiatów i gmin.

Jego głównym celem była poprawa efektywności i organizacji obecnego systemu ochrony zdrowia psychicznego, a w szczególności wyrównanie dostępu do różnych form opieki psychiatrycznej i poszerzenie oferty terapeutycznej dla pacjentów, która obecnie jest w większości ograniczona do poradni bądź poradni i oddziału psychiatrycznego, zlokalizowanego najczęściej w szpitalu psychiatrycznym. Innymi aspektami zawartymi w programie były promocja zdrowia psychicznego i profilaktyka zaburzeń psychicznych, zapewnienie chorym dostępu do kompleksowej i zintegrowanej opieki zdrowotnej oraz do innych form pomocy i rozwój badań naukowych (Łoza, Gryglewicz 2015, s. 5).

Ewaluacja NPOZP wykazała, że jest to dokument głównie realizowany na piśmie. Dotychczas za największe zalety programu uznaje się promowanie modelu środowiskowego w leczeniu zaburzeń psychicznych oraz integrowanie instytucji i specjalistów z różnych dziedzin i środowisk, głównie z zakresu pomocy społecznej.

Poszczególne środowiska akademickie dostrzegają istotę problemu i wprowadzają we własnym zakresie różnorodne projekty związane z promocją zdrowia psychicznego i wsparciem emocjonalnym, skierowanym do studentów. Niektóre uczelnie podejmują oddolną inicjatywę i we własnym zakresie, głównie przez Biura dla Osób Niepełnosprawnych, działają na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi. Najczęściej są to działania edukacyjne, rozpowszechniające wiedzę na temat poszczególnych zaburzeń psychicznych i sposobów wspierania osób, które na nie cierpią. Wśród uczelni, które zaangażowały się w prace na rzecz promocji i ochrony zdrowia psychicznego w Polsce, można wymienić: Uniwersytet Jagielloński, Uniwersytet Rzeszowski, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, Katolicki Uniwersytet Lubelski, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie, Uniwersytet Warszawski.

W ofercie, którą stworzyły te środowiska, można znaleźć propozycje dla studentów i pracowników uczelni. Są to m.in. zajęcia psychoedukacyjne; warsztaty obejmujące różnego rodzaju treningi (np. radzenia sobie ze stresem, asertywności); treningi; spotkania z praktykami pracującymi w obszarze zdrowia psychicznego; konsultacje ze specjalistami psychologami, psychiatrami, prawnikami, doradcami edukacyjnymi (niestety rzadziej z psychoterapeutami); wyjazdy integracyjne; materiały dotyczące specyfiki różnych zaburzeń i trudności mogących z nich wynikać w płaszczyźnie edukacyjnej. Realizowane są również długo-

falowe projekty, z czego najbardziej znana jest Konstelacja Lwa na Uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie, angażująca specjalistów z różnych dziedzin, pracowników naukowych i studentów. Coraz częściej organizowane są konferencje i sympozja integrujące różnorodne środowiska z obszaru zdrowia psychicznego. Na uwagę zasługuje Otwarte Seminarium Filozoficzno-Psychiatryczne, którego ideą jest wspólna praca naukowców, lekarzy, psychiatrów, psychoterapeutów, pracowników socjalnych i pacjentów na rzecz zdrowia psychicznego. Uczelnie najczęściej pośredniczą między studentami a specjalistami i pełnią rolę edukacyjną, pojawiają się też punkty wsparcia oferujące pomoc na miejscu. Studenci, oprócz specjalistycznych konsultacji, mają prawo i możliwość dostosowania procesu kształcenia do swojej sytuacji i opracowania indywidualnej strategii kształcenia.

Jedną z inicjatyw podejmowanych przez środowiska akademickie powinna być promocja psychoterapii jako skutecznej metody leczenia zaburzeń psychicznych i wsparcia osób cierpiących. Wciąż wydaje się, że psychoterapia i korzyści, jakie niesie zarówno dla konkretnego człowieka, jak i w skali globalnej dla całego państwa, są niedoceniane.

Publikacje i badania światowych naukowców (takich jak J. Norcross, M. Lambert, M. Seligman) czy rezolucja Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego potwierdzają od wielu lat skuteczność psychoterapii. Na naszym rodzimym gruncie również prowadzono badania dotyczące tej tezy (Czabała 1994; Bryła-Zielińska 1997; Aleksandrowicz, Sobański 2004). Zarówno na świecie, jak i w Europie nie podlega wątpliwości fakt o naukowo udowodnionej skuteczności psychoterapii w różnych zaburzeniach psychicznych u osób w każdym wieku.

ZAKOŃCZENIE

Jedno z wiodących stowarzyszeń prowadzących badania nad psychoterapią – American Psychological Association, w uchwale *Uznanie skuteczności psychoterapii* z 2012 r., w oparciu o wyniki badań z około 30 lat stwierdziło między innymi, że skuteczność psychoterapii bardziej zależy od właściwości psychoterapeuty, jego osobowości i kompetencji oraz od samego pacjenta i sytuacji niż od modalności, w której pracuje terapeuta.

Psychoterapia daje porównywalne lub lepsze rezultaty, co wiele metod farmakologicznych przy takim samym stanie pacjenta, niezależnie od grupy wiekowej (tj. dzieci, dorośli, osoby starsze), jak i przy rozmaitych zaburzeniach psychicznych, a zarazem część metod farmakologicznych ma wiele szkodliwych skutków ubocznych i jest relatywnie droga w porównaniu z kosztami psychoterapii (...); rozległe wielośrodkowe badania, jak również metaanalizy wykazały, że odbycie psychoterapii obniża całkowite użycie i koszt środków medycznych (...) koszt leczenia pacjentów z diagnozą zaburzenia psychicznego, którzy odbyli leczenie, był o 17% zmniejszony w porównaniu z kosztem zwiększonym o 12,3% u pacjentów, których zaburzenia psychiczne nie były leczone (...); psychoterapia jest opłacalna, obniża dysfunkcje, zapadalność na zaburzenia, poprawia funkcjonowanie w pracy, obniża ilość hospitalizacji psychiatrycznych, a czasami też prowadzi do zmniej-

szenia ilości zbędnych zabiegów medycznych lub chirurgicznych, również w przypadkach osób z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi (...); leczenie w postaci sesji w małych grupach owocowało dla osób chronicznie chorych zaoszczędzeniem 10 \$ kosztów medycznych na każdy wydany 1 \$ (...) związek pomiędzy zdrowiem psychicznym i fizycznym jest poparty przez silne dowody naukowe, a rosnąca liczba modeli i programów wspiera skuteczne włączanie leczenia psychoterapeutycznego do systemu podstawowej opieki zdrowotnej (...); wcześniej włączone leczenie zdrowia psychicznego, zawierające psychoterapię, zmniejsza całkowite koszty medyczne, upraszcza i umożliwia lepszy dostęp do odpowiednich usług i opieki osobom potrzebującym oraz ułatwia poszukiwanie leczenia (...)¹.

Należy dodatkowo podkreślić, że zależność między zdrowiem psychicznym i fizycznym jest poparta przez silne dowody naukowe, a rosnąca liczba modeli i programów wspiera skuteczne włączanie leczenia psychoterapeutycznego do systemu podstawowej opieki zdrowotnej. Warto w tym miejscu zaznaczyć, że według danych ZUS za 2010 r. 59,6% osób pobierających renty socjalne w Polsce (osób, które nigdy nie rozpoczęły aktywności zawodowej) prawo do tych świadczeń nabyło w związku ze stwierdzonymi u nich zaburzeniami psychicznymi (Minister Zdrowia 2013, s. 8–9).

Skoro psychoterapia ma wpływ nie tylko na leczenie zaburzeń psychicznych ale i na poprawę funkcjonowania w życiu zawodowym i osobistym, uzasadnione staje się udostępnienie jej jak największej liczbie osób potrzebujących. Wymerne korzyści odnosi tutaj zarówno konkretny człowiek, jak i państwo. Model środowiskowy, promowany obecnie w Polsce i na świecie, obejmuje szereg partnerów tworzących system leczenia i opieki dla osób z zaburzeniami psychicznymi: placówki opieki zdrowotnej, placówki pomocy społecznej, jednostki samorządu terytorialnego, instytucje rynku pracy, partnerów społecznych – organizacje, profesjonalistów, rodziny i samych pacjentów, które są często motorem pozytywnych przemian i spoiwem tworzących się systemów. Nie może tu zabraknąć środowiska akademickiego i naukowego. Ich rola w promowaniu psychoterapii jako skutecznej formy pomocy osobom potrzebującym wydaje się być jedną z kluczowych.

BIBLIOGRAFIA

- Aleksandrowicz J., Sobański J. (2004), *Skuteczność psychoterapii poznawczej i psychodynamicznej*, Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.
- Białkowska J., Mroczkowska D., Zomkowska E., Rakowska A. (2014), *Ocena zdrowia psychicznego studentów na podstawie Skróconego Kwestionariusza Zdrowia Pacjenta*, „Hygeia Public Health”, 49 (2), www.h-ph.pl/pdf/hyg-2014/hyg-2014-2-365.pdf (dostęp: 20.03.2016).

¹ Dziękuję Milenii Karlińskiej-Nehrebeckiej za udostępnienie materiałów Polskiej Federacji Psychoterapii. Zainteresowanych do poszerzenia wiedzy na ten temat odsyłam na stronę: www.psychoterapia-polska.org/rezolucja-apa-o-skuteczności-psychoterapii.

- Boguszewski R. (2012), *Zdrowie psychiczne Polaków*, Warszawa: CBOS.
- Bryła-Zielińska I. (1997), *Badania nad skutecznością psychoterapii w leczeniu pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi i z zaburzeniami osobowości w Polsce w latach 1960–1995*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, 4 (6).
- Czabała J.C. (1994), *Wyniki badań nad psychoterapią – ich użyteczność dla praktyki klinicznej*, „Psychoterapia”, 4 (91), 33–40.
- Dembińska E. (2010), *Epizody ryzykownych zachowań u studentów – wskazówki praktyczne*, www.konstelacjalwa.pl/artyku%C5%82y/17-artyku%C5%82y/75-artyku%C5%82y/1 (dostęp: 20.03.2016).
- EZOP (2012), *Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Polsce*, www.ezop.edu.pl/05 Podsumowanie.pdf (dostęp: 12.11.2015).
- GUS (2012), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 r.*, Warszawa: Zakład Wydawnictw Statystycznych.
- Kiejna A., Moskalewicz J., Rabczenko D., Wojtyniak B., Zagdańska M. Metodologia (2012), [w:] J. Moskalewicz, A. Kiejna, B. Wojtyniak (red.), *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska”*, Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Łoza B., Gryglewicz J. (2015), *Raport. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego 2016–2020. Rekomendacje*, Warszawa.
- MacCall C., Callender J.S., Irvine W. (2001), *Substance Misuse, Psychiatric Disorder and Parental Relationships in Patients Attending a Student Health Service*, “International Journal of Psychiatry in Clinical Practice”, 7, DOI: <http://dx.doi.org/10.1185/135525701753429317>.
- Minister Zdrowia (2013), *Informacja z realizacji działań Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego z 2011 roku*, www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/infoorealizn-pozp_20130204.pdf (dostęp: 20.03.2016).
- Miśkiewicz P. (2014), *Ochrona zdrowia psychicznego w dokumentach WHO*, [w:] J. Wciórka (red.), *Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki. Raport RPO*, Warszawa.
- Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego. Harmonogram realizacji. Zał. 1*, 2010, www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/zal_1_19032010.pdf (dostęp: 24.03.2016).
- Stallman H. (2010), *Psychological Distress in University Students: A Comparison with General Population Data*, “Australian Psychologist”, DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/00050067.2010.482109>.
- Seligman M.E.P., Walker E.F., Rosenhan D. (2003), *Psychopatologia*, Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Szafranski T. (2014), *Ochrona zdrowia psychicznego we współczesnym świecie*, [w:] J. Wciórka (red.), *Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki. Raport RPO*, Warszawa.
- Wciórka J. (red.) (2014), *Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki. Raport RPO*, Warszawa.
- WHO (2001), *Zdrowie psychiczne: nowe rozumienie, nowa nadzieja*.
- WHO (2005), Resolution EUR/04/5047810/6, Mental Health Declaration for Europe. Facing the Challenges, Building Solutions.
- WHO (2013a), WHA66.8, Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2020.
- WHO (2013b), Resolution EUR/RC63/11, European Action Plan.
- Zaborniak-Sobczak M., Sznajder J., *Student z zaburzeniami psychicznymi – formy wsparcia w środowisku akademickim*, Materiały OWiRON, Uniwersytet Rzeszowski, www.firr.org.pl/uploads/PSIV/Student-z-zaburzeniami-psychicznymi-formy-wsparcia-w-srodowisku-akademickim.doc (dostęp: 24.03.2016).

SUMMARY

In the last few years the number of students with psychological problems increased. Current studies prove that students struggle with more psychological problems than people in the same age that don't study. Mental health disorders appear to be a very important problem in academic society. At the moment any worked out standards for these kind of problems don't exist yet. Main purpose of this article is to represent psychotherapy as an effective form of treatment of mental and emotional disorders. Psychotherapy is depicted on a background of currently functioning forms of psychological support for students in academic environment.

Keywords: psychotherapy; mental health disorders; academic society