

AKADEMIA RÓWNYCH SZANS

Wyrównywanie szans
osób z niepełnosprawnościami
w dostępie do kształcenia
i badań naukowych



AKADEMIA RÓWNYCH SZANS

Wyrównywanie szans
osób z niepełnosprawnościami
w dostępie do kształcenia
i badań naukowych

Redakcja naukowa

**ANNA
DOBRYCHŁÓP**

AKAPIT

WYDAWNICTWO
EDUKACYJNE

Toruń 2022



Recenzenci:

Dr hab. prof. uczelni Mariusz Z. Jędrzejko –
Wydział Pedagogiczny Wyższej Szkoły Biznesu i Przedsiębiorczości
w Ostrowcu Świętokrzyskim,
Ośrodek Wsparcia dla Dzieci i Dorosłych z Zaburzeniami i Uzależnieniami w Józefowie

Dr Urszula Michalak-Marcinkowska –
Wydział Lekarski Uniwersytetu Opolskiego

Wydawcy:

Wydawnictwo Edukacyjne „Akapit”
Stowarzyszenie „Bona Fides”

ISBN: 978-83-66951-37-2

Copyright:

Wydawnictwo Edukacyjne „Akapit” s.c. & Stowarzyszenie „Bona Fides”

Skład i łamanie, projekt okładki:

Iwona Adamus

Zdjęcia na okładce:

© VadimVasenin/Depositphotos.com,
© Rawpixel.com/Freepik.com, © Wavebreakmedia/Depositphotos.com

Redakcja językowa i techniczna:

Barbara Bakalarz-Kowalska, Zbigniew Stańczak

Zespół autorski:

Anna Dobrychłop, Magdalena Draszawka, Andrzej Draszawka,
Monika Filińska, Justyna Lech, Aleksandra Kowalczyk



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita
Polska**

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



**Publikacja realizowana jest w ramach projektu „Uczelnia dostępna”
i finansowana z Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014–2020
współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.**



SPIS TREŚCI

| | |
|---|-----------|
| Słowo od Recenzentów | 11 |
| Wstęp | 15 |
| Bibliografia do wstępu | 20 |
| Rozdział 1. Niepełnosprawność narządu wzroku | 23 |
| 1.1. Wprowadzenie | 25 |
| 1.2. Wady wzroku jako niepełnosprawność | 25 |
| 1.3. Czynności wzrokowe | 27 |
| 1.4. Przyczyny zaburzeń czynności narządu wzroku | 28 |
| 1.5. Schorzenia wzroku | 29 |
| 1.5.1. Cukrzycowy obrzęk plamki żółtej | 30 |
| 1.5.2. Jaskra | 30 |
| 1.5.3. Barwnikowe zwyrodnienie siatkówki (Retinitis pigmentosa) | 31 |
| 1.5.4. Zwyrodnienie plamki żółtej | 32 |
| 1.5.5. Retinopatia wcześniacza | 32 |
| 1.5.6. Albinizm (bielactwo) | 33 |
| 1.5.7. Zanik nerwu wzrokowego | 34 |
| 1.5.8. Achromatopsja | 34 |
| 1.6. Funkcjonalne następstwa schorzeń wzroku | 34 |
| 1.7. Savoir-vivre wobec osób z niepełnosprawnością narządu wzroku | 39 |
| 1.8. Przykładowe zadania uczelni w ramach zapewnienia osobom z niepełnosprawnością narządu wzroku warunków do pełnego udziału w procesie przyjmowania na studia, w procesie kształcenia i prowadzeniu działalności naukowej | 41 |

| | |
|--|----|
| 1.8.1. Strona internetowa | 41 |
| 1.8.2. Dostępność architektoniczna | 42 |
| 1.8.3. Administracja | 43 |
| 1.8.4. Zajęcia dydaktyczne | 43 |
| 1.8.5. Zaliczenia/egzamininy | 45 |
| 1.8.6. Zajęcia z wychowania fizycznego | 45 |
| Bibliografia | 46 |

Rozdział 2. Niepełnosprawność narządu słuchu 49

| | |
|---|----|
| 2.1. Student słabosłyszący i głuchy | 51 |
| 2.2. Uszkodzenie słuchu – kontekst medyczny | 51 |
| 2.3. Zaburzenia słyszenia | 53 |
| 2.4. Osoby słabosłyszące i głuche – kontekst społeczny i kulturowy | 56 |
| 2.5. Różnorodność funkcjonowania osób słabosłyszących i głuchych | 57 |
| 2.5.1. Słyszenie i definiowanie dźwięku | 57 |
| 2.5.2. Mowa werbalna | 57 |
| 2.5.3. Czytanie i pisanie w języku polskim | 58 |
| 2.5.4. Znajomość języka migowego | 58 |
| 2.5.5. Znajomość języków obcych | 58 |
| 2.5.6. Elementy wspomagające słyszenie (aparatury słuchowej, implant słuchowy) | 59 |
| 2.6. Przykładowe mity na temat osób głuchych i słabosłyszących oraz języka migowego | 59 |
| 2.7. Savoir-vivre wobec osób głuchych | 61 |
| 2.8. Przykładowe zadania uczelni w ramach zapewnienia osobom z niepełnosprawnością narządu słuchu warunków do pełnego udziału w procesie przyjmowania na studia, w procesie kształcenia i prowadzeniu działalności naukowej | 62 |
| 2.8.1. Strona internetowa | 63 |
| 2.8.2. Dostępność architektoniczna | 63 |
| 2.8.3. Administracja | 63 |
| 2.8.4. Usługi transportowe | 64 |
| 2.8.5. Zwiększanie świadomości środowiska akademickiego dotyczącej niepełnosprawności | 64 |

| | |
|--|----|
| 2.8.6. Wsparcie psychologiczne | 65 |
| 2.8.7. Technologie wspierające | 65 |
| 2.8.8. Wypożyczalnia sprzętu specjalistycznego | 65 |
| 2.8.9. Proces rekrutacji na studia | 65 |
| 2.8.10. Zajęcia dydaktyczne | 66 |
| 2.8.11. Indywidualne dostosowania studiów | 66 |
| 2.8.12. Materiały dydaktyczne | 67 |
| 2.8.13. Tłumacz PJM | 67 |
| 2.8.14. Asystent dydaktyczny | 68 |
| 2.8.15. Zajęcia z wychowania fizycznego | 68 |
| 2.8.16. Lektoraty języków obcych | 68 |
| 2.9. Zasady postępowania w sytuacjach nauczania zdalnego | 69 |
| Bibliografia | 72 |

Rozdział 3. Niepełnosprawność narządu ruchu i epilepsja 75

| | |
|--|----|
| 3.1. Urazy rdzenia kręgowego i kręgosłupa | 77 |
| 3.2. Przepuklina oponowo-rdzeniowa | 79 |
| 3.3. Mózgowe porażenie dziecięce (MPD) | 80 |
| 3.4. Udar mózgu | 80 |
| 3.5. Amputacje kończyn | 81 |
| 3.6. Epilepsja (padaczka) | 83 |
| 3.7. Savoir-vivre wobec osób z niepełnosprawnością narządu ruchu | 85 |
| 3.8. Przykładowe zadania uczelni w ramach zapewnienia osobom z niepełnosprawnością narządu ruchu warunków do pełnego udziału w procesie przyjmowania na studia, w procesie kształcenia i prowadzeniu działalności naukowej | 87 |
| 3.8.1. Dostępność architektoniczna | 87 |
| 3.8.2. Administracja | 87 |
| 3.8.3. Usługi transportowe | 88 |
| 3.8.4. Wsparcie psychologiczne | 88 |
| 3.8.5. Wypożyczalnia sprzętu specjalistycznego | 88 |
| 3.8.6. Proces rekrutacji na studia | 88 |
| 3.8.7. Zajęcia dydaktyczne | 89 |
| 3.8.8. Indywidualne dostosowania studiów | 89 |
| 3.8.9. Materiały dydaktyczne | 89 |

| | |
|---|----|
| 3.8.10. Zajęcia z wychowania fizycznego | 90 |
| 3.8.11. Asystent dydaktyczny | 90 |
| 3.8.12. Akademiki | 90 |
| 3.9. Zasady postępowania w sytuacjach nauczania zdalnego | 91 |
| Bibliografia | 92 |

Rozdział 4. Całościowe zaburzenia rozwojowe 95

| | |
|---|-----|
| 4.1. Kryteria diagnostyczne | 98 |
| 4.1.1. Kryteria diagnostyczne DSM V | 99 |
| 4.1.2. Kryteria diagnostyczne ICD-10 | 99 |
| 4.2. Obszary zaburzeń | 102 |
| 4.2.1. Interakcje społeczne | 102 |
| 4.2.2. Komunikacja | 105 |
| 4.2.3. Funkcje poznawcze | 108 |
| 4.3. Deficyt teorii umysłu | 108 |
| 4.3.1. Wrażliwość sensoryczna | 111 |
| 4.4. Wskazówki dotyczące wsparcia studentów z zespołem Aspergera | 112 |
| 4.5. Zasady postępowania w sytuacjach nauczania zdalnego | 116 |
| Bibliografia | 117 |

Rozdział 5. Zaburzenia psychiczne 119

| | |
|--|-----|
| 5.1. Zaburzenia nastroju | 122 |
| 5.1.1. Stan maniakalny | 123 |
| 5.1.2. Stan depresyjny | 125 |
| 5.1.3. Zaburzenia dwubiegunowe | 126 |
| 5.1.4. Ryzyko samobójstwa | 127 |
| 5.2. Zaburzenia lękowe i nerwica natręctw | 127 |
| 5.2.1. Fobia społeczna | 129 |
| 5.2.2. Zespół paniki z agorafobią lub bez | 130 |
| 5.2.3. Zaburzenia obsesyjno-kompulsywne | 130 |
| 5.3. Schizofrenia | 132 |
| 5.3.1. Obraz kliniczny schizofrenii | 132 |
| 5.3.2. Symptomy pozytywne (wytwórcze) | 133 |
| 5.3.3. Symptomy negatywne (deficytowe) | 135 |
| 5.3.4. Społeczne konsekwencje schizofrenii | 136 |
| 5.4. Uzależnienia | 137 |

| | |
|--|-----|
| 5.4.1. Zaburzenia wywołane zażywaniem środków psychoaktywnych | 137 |
| 5.4.2. Uzależnienia behawioralne | 139 |
| 5.5. Zaburzenia odżywiania | 141 |
| 5.5.1. Anorexia nervosa – jadłowstręt psychiczny | 141 |
| 5.5.2. Bulimia nervosa – żarłoczność psychiczna | 143 |
| 5.5.3. Perfekcjonizm, niska samoocena i problemy interpersonalne | 144 |
| 5.6. Wskazówki dotyczące wsparcia studentów z zaburzeniami psychicznymi | 146 |
| 5.6.1. Diagnozy sytuacji w uczelni | 147 |
| 5.6.2. Podnoszenie świadomości | 147 |
| Bibliografia | 152 |

Rozdział 6. Zjawisko przemocy w środowisku akademickim.

| | |
|---|------------|
| Charakterystyka zjawiska przemocy i różnych jej form | 155 |
| 6.1. Wybrane mechanizmy psychologiczne pozostawania w krzywdzącej relacji, czyli jak działa przemoc | 158 |
| 6.1.1. Wyuczona bezradność | 158 |
| 6.1.2. „Pranie mózgu” | 159 |
| 6.1.3. Współzależnienie | 161 |
| 6.2. Rodzaje i formy przemocy, której mogą doświadczać studenci i pracownicy uczelni | 161 |
| 6.3. Fazy przemocy w rodzinie | 164 |
| 6.4. Zespół zaburzeń stresu pourazowego – PTSD (Posttraumatic Stress Disorder) | 164 |
| 6.5. Postępowanie pracowników oświaty w przypadku podejrzenia przemocy | 165 |
| 6.5.1. Sposób postępowania w przypadku, gdy osoba doświadcza przemocy poza uczelnią | 167 |
| 6.5.2. Postępowanie wobec sprawców przemocy | 169 |
| 6.5.3. Sposób postępowania w przypadku, gdy osoba doświadcza przemocy w uczelni (przez studenta/pracownika) | 170 |
| Bibliografia | 171 |

| | |
|------------------------------------|------------|
| Spis tabel i rysunków | 172 |
|------------------------------------|------------|



SŁOWO OD RECENZENTÓW

Tak jak wiele dysfunkcji i dysfunkcjonalności **NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ** ma wiele wymiarów, a każde spojrzenie niezależnie od przyjętej perspektywy – ekonomicznej, prawnej, strukturalnej, społecznej, medycznej – ukazuje głębię zagadnienia, jego powiązania z innymi problemami oraz różne perspektyw badawcze jak i rozwiązania. Tych problemów jest wiele, i jak sądzimy w najbliższych dekadach będzie ich przybywać, co wydaje się być paradoksem współczesnych czasów – choć dysponujemy wszelkimi narzędziami i środkami, aby zapobiegać wielu niepełnosprawnościom, to ich ciągle przybywa, przez co stają się rosnącym wyzwaniem nie tylko społecznym, ale także edukacyjnym i finansowym. Co więcej, niektóre z nich są generowane przez nasze zachowania nie-normatywne, wręcz antyzdrowotne. Szukamy przykładów?

- Każdego roku setki tysięcy polskich dzieci dostają smartfony ze słuchawkami wkładanymi do ucha. A przecież ten rodzaj odsłuchiwania dźwięku, który jest podawany bezpośrednio do ucha środkowego, jest dla niego niszczący.
- Ogarnięci finansowym szaleństwem rodzice fundują swoim pociechom pędzące po chodnikach i drogach elektryczne hulajnogi, nie myśląc nawet o konsekwencjach dla ich kręgosłupów.

Ponieważ cywilizacja techniczna wykazuje się rozlicznymi talentami do negatywnego wpływania na zdrowie, co okrywa „kolorowymi opakowaniami i reklamami”, mamy do czynienia z masowym narastaniem zachowań problemowych, których konsekwencją mogą być różnego typu niepełnosprawności.

Nieprzypadkowo też te wtórne, będące skutkiem działania człowieka, narażają szybciej niż te będące skutkiem wad wrodzonych. Ponieważ opisywany problem jest wieloaspektowy, zagadnienia niepełnosprawności są przedmiotem zainteresowania wielu nauk, w tym społecznych, medycznych i o zdrowiu. Każda z nich poszukuje odpowiedzi na pytania dotyczące źródeł, przebiegu, skutków oraz sposobów rozwiązywania ujawnianych zaburzeń.

Bez wątpienia popularyzowanie wiedzy o tym, czym jest niepełnosprawność – w każdym z jej typów – sprzyja nie tylko zrozumieniu problemów, z jakimi spotykają się osoby z niepełnosprawnością, ale także jest formą profilaktyki, budowania wrażliwości społecznej oraz tworzenia atmosfery społecznej wokół tego zagadnienia. Im więcej tej wiedzy przyswajane jest przez ludzi, tym życie osób z niepełnosprawnością będzie łatwiejsze, a reakcje otaczających je osób oparte mocniej na dowodach naukowych.

Nasz wstęp nie jest miejscem na wyjaśnianie wielu społecznych i technicznych barier pojawiających się wokół osób z niepełnosprawnością – możemy jedynie z satysfakcją stwierdzić, że w tym obszarze na przestrzeni ostatnich 20–30 lat dokonały się wielkie przemiany. Z jednej strony likwidowane są bariery architektoniczne, co umożliwia takim osobom niemal pełne uczestnictwo w życiu społeczno-ekonomicznym oraz kulturze, z drugiej rozwijają się nowoczesne formy diagnozy i rehabilitacji. Jednocześnie sprawczość będąca wynikiem działania setek organizacji pozarządowych i tysięcy wolontariuszy doprowadziła do głębokich przeobrażeń w świadomości społecznej. Jeśli gdzieś jeszcze bariery występują, to są raczej jako wynik ułomności i elementarnych braków u konkretnych ludzi. Ich pokonanie jest już znacznie trudniejsze, ale na szczęście stanowią one zdecydowaną mniejszość, wręcz margines społecznych reakcji. Jest to wynik swoistej transformacji wrażliwości i wiedzy, jakie dokonały się w tej sferze.

Ale mówiąc o niepełnosprawności i wynikających z niej problemach, powinniśmy także zwracać uwagę nie tylko na to, co **JEST**, ale także na to, co **POTENCJALNE**.

Dysponując w miarę dokładnymi danymi na temat skali problemu niepełnosprawności, do coraz szerszej rzeszy decydentów, edukatorów, badaczy, wychowawców oraz profilaktyków dociera świadomość, że współczesna cywilizacja generuje coraz większe ryzyko stania się osobą niepełnosprawną. Okazuje się bowiem, że niepełnosprawności nabyte przez osoby w pełni zdrowe i sprawne zaczynają przeważać nad wadami nabytymi przez dzieci przychodzące na świat. To wynik przemian cywilizacyjnych, za którymi coraz trudniej

nadaża kultura życia człowieka. Wydaje się zasadną tezę o wielkim problemie „pędzącego człowieka”, który różnego rodzaju ryzyka traktuje jako wyzwania, które koniecznie trzeba realizować. Ten problem już sygnalizowaliśmy, ale jeśli potrzebne są przykłady, podajemy pięć, naszym zdaniem bardzo istotnych:

- Znacząca część niepełnosprawności pojawia się jako następstwo ryzykownego życia, raz jako wynik masowej już drinking culture, innym razem eksperymenty z narkotykami lub nowymi substancjami psychoaktywnymi. Te ostatnie sięgają spustoszenie w mózgach młodych ludzi, naruszając struktury mózgu, czyniąc z niektórych „eksperymentatorów” swoiste „warzywa”. Ludzie z takimi niepełnosprawnościami stanowią coraz większe wyzwanie społeczne i medyczne.
- Pęd do ryzykowania generuje coraz więcej ofiar sportów ekstremalnych, bez znaczenia czy są one wodne, ziemskie czy powietrzne. Przekonani o swojej nieśmiertelności łamią kręgosłupy, odmrażają ręce, niedotleniają mózgi, stają się kalekami „na własne życzenie”. Przerażające jest to, że wiele takich niepełnosprawności powstaje przy przekonaniu, że każdy szczyt musi zostać zdobyty, a każda jaskinia spenetrowana.
- Rodzice oceniający dzieci z perspektywy ich wzrostu i potencjalnych walorów fizycznych, nie rozumiejąc faz ich rozwoju psychofizycznego, a jednocześnie dysponując zasobami finansowymi, uznają, że dzieci powinny otrzymywać „to, na co nas stać”. Piszemy to z przykrością, ale może tak trzeba – to ofiary szaleńczych wyścigów samochodowych i motocyklowych młodych dorosłych, nastolatki pędzące na elektrycznych hulajnogach oraz skaczący z ekstremalnych wysokości deskorolkowcy. Ale nie tylko – to także coraz bardziej głusi młodzi ludzie słuchający muzyki z „pełną mocą” ultranowoczesnych słuchawek. Ci ostatni, to potencjalni niedosłyszący i głusi, za 10, 15, 20 lat.
- Nie rozumiejąc potęgi oddziaływania światła, dajemy masowo zgodę, aby nasze dzieci godzinami przesiadywały przed ekranami smartfonów, komputerów i telewizorów nie rozumiejąc jak bardzo wpływa to na ich pobudzenie, emocje, skłonność do naśladownictwa i ryzyka. Nie tylko ich oczy zapłacą za to bardzo wysoką cenę.
- Ogromny potencjał zaburzeń, których ryzykiem może być niepełnosprawność, generuje masowa chemizacja żywności oraz „ładowanie” cukrem słodczy, co już jest dostrzegane przez lekarzy, dietetyków oraz profilaktyków. Otyłość, a szczególnie jej następstwa, to także niepełnosprawność.

Niby o tym wszystko wiemy, a przecież nie jest lepiej. Czy zatem potrzebne jest kolejne opracowanie dotyczące tej rozległej problematyki?

W dbaniu o zdrowie i wspieraniu zdrowia, które rozumiemy jako wartość, nigdy dość „wartości dodanej”, a taką są nie tylko działania bezpośrednie, ale także wszelkie formy edukacji oraz upowszechniania wiedzy. Publikacja przygotowana pod redakcją naukową dr Anny Dobrychłop ma walor podwójny – pierwszym jest przygotowanie jej przez praktyków, osoby znające te zagadnienia z codziennej pracy, szczególnie takiej usprawniającej społeczno-zawodowo-edukacyjne funkcjonowanie osób z niepełnosprawnością. Bez przesady zasadne jest tutaj stwierdzenie, że w licznym gronie osób wspierających ludzi z różnymi potrzebami są takie, które „bez kolejki pójdą do nieba”, za swoje oddanie i społecznikowską pasję. Taką osobą w dziele wspierania osób z niepełnosprawnością jest redaktor naukowa tej publikacji. Piszemy te słowa znając jej oddanie sprawom osób niepełnosprawnych. Waleorem drugim jest spójność publikacji oraz podjęcie w niej kluczowych zagadnień w diagnozie oraz profilaktyce niepełnosprawności oraz wsparciu osób z niepełnosprawnościami.

Podjęmowane przez zespół autorów zagadnienia tworzą nie tylko kompendium wiedzy o niepełnosprawności, ale także mogą być świetnym wsparciem dla pedagogów, psychologów szkolnych, rodziców zastępczych, pracowników socjalnych z PCPR, GOPS i MOPS.

Gdy wiemy lepiej, również lepiej zaplanujemy profilaktykę. Rekomendując Wydawnictwu Edukacyjnemu „Akapit” wydanie tej publikacji, odpowiedzialnie piszemy – wiedzy nigdy nie jest za dużo.

Mariusz Z. Jędrzejko – pedagog specjalny i społeczny
Urszula Michalak-Marcinkowska – socjolog medycyny

WSTĘP

Anna Dobrychłop*

Teorie społeczne, szczególnie te odnosząc się do ustaleń, medycyny mianem niepełnosprawnych określały osoby z fizycznymi, sensorycznymi i poznawczymi zaburzeniami; osoby „wybrakowane” (niezdolne do pełnienia ważnych ról i funkcji społecznych) (Barnes, Mercer 2008). Osoba z niepełnosprawnością jest zależna od ludzi „społecznie produktywnych” (zdrowych fizycznie). Nadal w naszym kraju posługujemy się w definiowaniu niepełnosprawności najczęściej modelem medycznym, zamiast modelem społecznym. To negatywne spojrzenie powoduje, że niepełnosprawność jest odbierana jako „tragedia osobista”, jako problem przede wszystkim na poziomie jednostkowym (psychosomatycznym), a także sprowadzana jest do indywidualnego ograniczenia sprawności (lub innych „defektów”), a wiedza i praktyka medyczna ustala metody leczenia (Barnes, Mercer 2008).

Z punktu widzenia społeczeństwa niepełnosprawność była traktowana jako zaburzenie:

wartości spajające społeczeństwo muszą wspierać interesy i działalność większości, dlatego też promują dynamiczną niezależność i osiągnięcia będące wynikiem współzawodnictwa, zwłaszcza w sferze zdrowotnej;

* Anna Dobrychłop, dr nauk społecznych w dziedzinie pedagogiki, psycholog kliniczny, Pełnomocnik ds. Osób z Niepełnosprawnościami oraz adiunkt w Akademii im. Jakuba z Paradyża w Gorzowie Wielkopolskim, annadobrychlop@o2.pl

powodują też skutki uboczne, stygmatyzując i tworząc negatywny obraz niepełnosprawności oraz upośledzając ludzi w tych jakże istotnych aspektach życia (Barnes, Mercer 2008, s. 9).

Przez znaczną część XX wieku różne instytucje dobroczynne i edukacyjne (a także psychologia i medycyna) stosowały właśnie takie podejście do niepełnosprawności, traktując ją jako „tragedię osobistą”, w wyniku czego ogromna liczba osób z niepełnosprawnością została „ukryta” w rozmaitych ośrodkach. Dla uzasadnienia takiego postępowania przywoływano argument, że jest to dla ich dobra, oraz by nie byli ciężarem dla innych (Goffman 2007).

Odejście od dominującego poglądu dotyczącego niepełnosprawności jako „tragedii osobistej” następowało powoli. Badania nad niepełnosprawnością zawdzięczają swój rozwój przede wszystkim pionierskim studiom niepełnosprawnych aktywistów i narastającemu upolitycznieniu problemów osób z niepełnosprawnościami na całym świecie.

Zmiany zachodzące w Polsce na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat, zwłaszcza w postrzeganiu osób z niepełnosprawnościami, nasuwają nadal wiele pytań o ich miejsce w przestrzeni społecznej. Życie ludzkie związane jest z szeroko rozumianym funkcjonowaniem społecznym. To, w jaki sposób osoby z niepełnosprawnościami uczestniczą w życiu społecznym, uzależnione jest od wielu różnych aspektów. Z pewnością jedną z nieocenionych korzyści i szansą na równoprawne funkcjonowanie w społeczeństwie są studia wyższe i ich pełna dostępność dla osób z różnym rodzajem i stopniem niepełnosprawności.

Zainteresowanie jakością i efektywnością kształcenia na poziomie wyższym jest obecne w kręgu osób odpowiedzialnych za oświatę, jak i wśród jej bezpośrednich „użytkowników”, jakimi są zarówno studenci, jak i pracownicy uczelni. Okres systemowo-ustrojowego przełomu w Polsce zaowocował wieloma nowymi możliwościami, ale także odkrył słabości podejmowanych (bądź zaniechanych) działań. Niewątpliwie ważnym elementem zmian, jakie nastąpiły jest powszechny dostęp do edukacji na poziomie wyższym dla osób z różnym rodzajem niepełnosprawności. Studenci z niepełnosprawnością na uczelni stanowią nie tylko ilościowe, ale i jakościowe bogactwo tejże instytucji oświatowej. Ich obecność jest w pewnym sensie znakiem przełamywania barier w dostępie do kształcenia. Nie ulega wątpliwości, że obecność osób z niepełnosprawnością na uczelni wiąże się także z pewnym obiektywnym wyzwaniem. To wyzwanie nie może być jednak rozumiane jako kłopot, który

należy wyeliminować, zmarginalizować czy też „przymknąć oko” na jego obecność. Wyzwanie, przed jakim stoi uczelnia, wywołuje potrzebę zaangażowania, a więc w konsekwencji aktywności i uruchomienia pozytywnych pokładów nowej energii, która nie zostałaby uwolniona, gdyby nie pojawiła się ta nowa, konkretna potrzeba.

Działania na rzecz wyrównywania szans studentom z różnym rodzajem niepełnosprawności powinny z jednej strony zminimalizować bariery, zarówno te architektoniczne, jak i społeczne, z drugiej zaś zachować poziom kształcenia obowiązujący dla innych studentów.

Powszechny dostęp do edukacji to także powszechność coraz lepszego uświadamiania sobie, jakie postawy powinny przyjmować osoby zdrowe względem osób z różnym rodzajem niepełnosprawności. Poza wiedzą teoretyczną, intuicją, potrzebne jest także coraz powszechniejsze i coraz regularniejsze podejmowanie inicjatyw na rzecz szerzenia wiedzy w tym obszarze. Wyzwanie to dotyczy wszystkich, którzy są obecni na uczelni, od pracowników dydaktycznych, przez pracowników administracyjnych, a skończywszy na studentach.

Wiele uczelni dokonało w ostatnich latach ogromnego postępu w eliminowaniu barier architektonicznych, komunikacyjnych oraz społecznych (psychicznych), co przyczyniło się do budowania idei edukacji włączającej i zwiększenia dostępności kształcenia na poziomie wyższym dla osób z różnym rodzajem i stopniem niepełnosprawności. Edukacja włączająca nie ogranicza się jedynie do niwelowania barier architektonicznych czy do zapewnienia specjalistycznej technologii wspierającej. Bezsprzecznie są to ważne elementy dostępności, ale właściwe wsparcie edukacyjne musi również uwzględniać stosowanie wielu różnych narzędzi i metod wyrównujących szanse studentów z niepełnosprawnościami na zdobycie wiedzy na takim samym poziomie jak studenci sprawni. Wiąże się to więc z indywidualnym rozpoznaniem potrzeb każdego studenta z niepełnosprawnością i dopasowaniem do niego formy wsparcia.

Przy braku wiedzy środowiska akademickiego na temat trudności, z jakimi zmagają się osoby z różnym rodzajem niepełnosprawności, a także przy niskiej świadomości istniejących upraszczających stereotypów odnoszących się do funkcjonowania osób z niepełnosprawnościami, zastosowanie odmiennych lub/i dodatkowych form wsparcia może wywoływać głosy krytyki. Ważnym jest zatem, aby zasady wsparcia były jasno określone i chroniły przed

nadmiernymi roszczeniami studentów z niepełnosprawnościami, a tym samym nie dyskryminowały studentów sprawnych.

Podstawą edukacji włączającej powinno być zawsze wyrównanie szans w procesie kształcenia osobom z trudnościami, a nie ulgowe ich traktowanie.

Uczelnie wyższe stoją więc przed wyzwaniem znalezienia sposobu włączenia osób z niepełnosprawnościami do wspólnoty akademickiej zarówno w roli studenta, pracownika, jak i badacza. W tym celu należy znaleźć skuteczny sposób na zbudowanie środowiska akademickiego (przestrzeni fizycznej, procedur, metod realizacji zajęć, weryfikacji wiedzy itp.), w którym każda osoba z niepełnosprawnością będzie mogła funkcjonować na zasadzie równości z innymi.

Kanonem dla tych, którzy wdrażają idee edukacji włączającej na poziomie uczelni wyższych, jest sformułowane i przyjęte w trakcie Konferencji Rektorów Akademickich Szkół Polskich, siedem zasad wsparcia edukacyjnego (Filek 2018).

Pierwsza zasada to zasada indywidualizacji, która polega na dostosowaniu procesu kształcenia do indywidualnych możliwości i potrzeb studenta z niepełnosprawnością, wynikających ze specyfiki jego stanu zdrowia oraz z rodzaju zajęć, w których uczestniczy. Druga zasada odnosi się do uznania podmiotowości osoby, czyli podkreśla prawo do stanowienia o sobie i uwzględnia autonomię studenta z niepełnosprawnościami do podejmowania decyzji. To osoba doświadczająca niepełnosprawności najlepiej zna swoją sytuację i to właśnie ona bierze na siebie pełną odpowiedzialność za swoje życie. W związku z tym powinna aktywnie uczestniczyć w ustalaniu zasad adaptacji swojego procesu edukacji (Filek 2018).

Stosowane adaptacje powinny umożliwiać jak najefektywniejszy rozwój potencjału studenta z niepełnosprawnością – zasada trzecia – a więc należy dołożyć wszelkich starań, aby student mógł uczestniczyć we wszystkich zajęciach przewidzianych w programie studiów. Dopuszcza się w niektórych sytuacjach zwolnienie studenta z realizacji jakiegoś obowiązku studenckiego lub jego części, ale powinno to zachodzić w ostateczności. Zadania, które są niemożliwe do wykonania z powodu niepełnosprawności, powinny być zmieniane lub przeformułowywane tak, aby student mógł, na poziomie podobnym z innymi, aktywnie w nich uczestniczyć oraz czerpać z tego korzyść edukacyjną. W związku z tym należy umożliwić studentowi uczestniczenie we wszystkich zajęciach maksymalnie, tak jak na to pozwala niepełnosprawność (Filek 2018).

Kolejna zasada to racjonalność dostosowania, która zakłada wprowadzenie racjonalnych (również pod względem ekonomicznym) adaptacji wyrównujących

szanse edukacyjne osobom z niepełnosprawnościami, przy jednoczesnym zagwarantowaniu standardu akademickiego. Kluczowe jest tu takie rozwiązanie, które umożliwi studentom z różnym rodzajem niepełnosprawności dostęp do takich samych treści i kształtowania takich samych umiejętności, do jakich mają dostęp studenci sprawni. Osiągnięcie założonych efektów kształcenia jest jednym z podstawowych obowiązków uczelni względem swoich studentów, a więc zagwarantowanie piątej zasady wsparcia edukacyjnego, jaką jest utrzymanie standardu akademickiego. Dostosowanie musi być zatem realizowane w taki sposób, aby zachować kluczowe elementy programu studiów (Filek 2018).

Zasada szósta jest w pewnym sensie konsekwencją wcześniejszych, gdyż zakłada, że powinno się wprowadzać możliwie jak najmniej zmian standardowego sposobu studiowania. Adaptacje nie powinny stanowić przywileju dla studenta, a więc wskazane jest, aby zmiany były najbliższe standardowemu sposobowi prowadzenia zajęć, a ich głównym celem jest racjonalne wyrównanie szans osobie z niepełnosprawnościami w udziale w procesie kształcenia na określonych zajęciach.

Wszelkie działania na rzecz osób z niepełnosprawnościami powinny zapewnić im równe traktowanie, co da im szansę na wzięcie odpowiedzialności za siebie i swoje obowiązki w takim samym stopniu, jak ma to miejsce w przypadku osób bez niepełnosprawności. Odwołuje się do tego siódma zasada edukacji włączającej – równe prawa i obowiązki. Ważnym celem wprowadzania racjonalnych adaptacji jest dążenie do zobiektywizowania możliwości oraz weryfikacji wiedzy studenta (Filek 2018).

W ramach swoich misji i strategii rozwoju, uczelnie wyższe powinny wziąć pod uwagę te wszystkie elementy budowania środowiska w pełni dostępnego dla potrzeb osób ze specjalnymi potrzebami, zwłaszcza że poza już dawno obowiązującymi przepisami obligującymi nasze państwo do wyrównywania szans i niedyskryminowania osób z niepełnosprawności, od roku 2019 obowiązuje w Polsce ustawa o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami. Jest to ważny dokument nakładający na instytucje pożytku publicznego (w tym uczelnie), wymogi zapewnienia dostępności w obszarze architektonicznym, cyfrowym oraz informacyjno-komunikacyjnym. W roku 2019 ogłoszono pierwszy konkurs „Uczelnia dostępna”, który ma na celu likwidację barier w dostępie do kształcenia na poziomie wyższym i obejmuje wsparciem zmiany na wielu poziomach: zmiany organizacyjne i administracyjne, zmiany procedur kształcenia, podnoszenie świadomości i kompetencji kadry uczeni z obszaru niepełnosprawności, likwidację barier architektonicznych

i cyfrowych. Wszystkie te działania mają służyć zapewnieniu przez uczelnie dostępności komunikacyjnej, administracyjnej, cyfrowej oraz architektonicznej.

Prezentowane rozdziały są efektem pracy Rady Ekspertów biorących udział w tworzeniu procedur na rzecz równych szans osób z niepełnosprawnościami w dostępie do kształcenia i badań naukowych oraz na rzecz dostępności we wspomnianym wyżej konkursie.

Celem opracowania jest zwiększenie wiedzy i kompetencji całego środowiska akademickiego w zakresie funkcjonowania osób z niepełnosprawnościami. Każdy z rozdziałów opisuje specyfikę konkretnej niepełnosprawności, bariery oraz wskazówki wsparcia, odnosząc się w szczególności do funkcjonowania tych osób w uczelni i realizowania edukacji na poziomie wyższym. Szczegółowo opisano pięć niepełnosprawności:

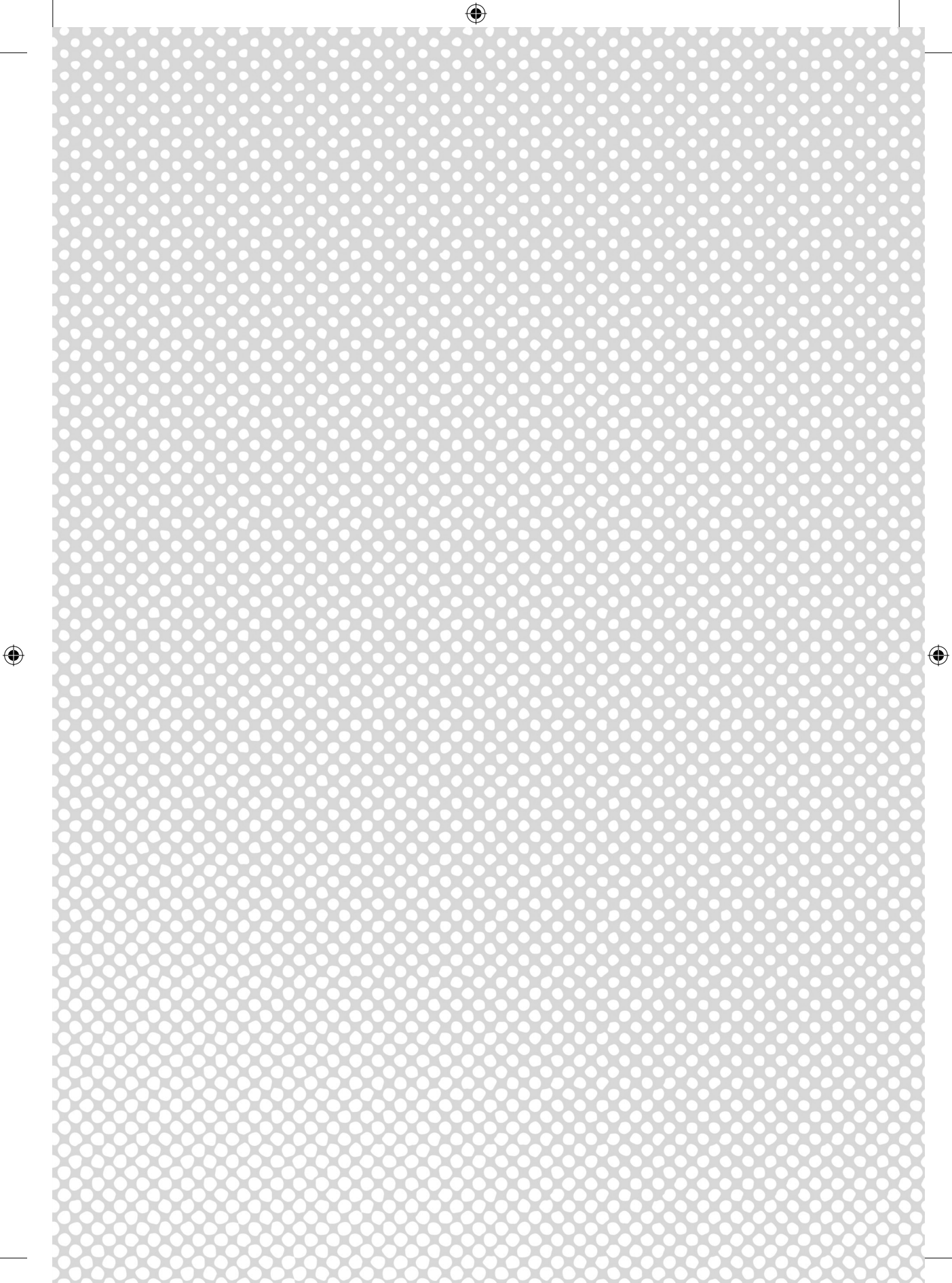
- niepełnosprawność narządu wzroku,
- słuchu,
- ruchu,
- całościowe zaburzenia rozwojowe,
- zaburzenia psychiczne.

Wybór schorzeń podyktowany był dotychczasowymi doświadczeniami, a także wyzwaniem związanym z obecnością danej grupy studentów w środowisku akademickim.

Ponadto w ostatnim rozdziale zwrócono uwagę na zagrożenie przemo-
cy, które może pojawić się zarówno w odniesieniu do studentów, ale także i pracowników uczelni.

Bibliografia do wstępu

- 1** Barnes C, Mercer G. (2008). *Niepełnosprawność*. Warszawa: Wydawnictwo SIC.
- 2** Goffman E. (2007). *Piętno: rozważania o zranionej tożsamości*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- 3** Filek J. (2018). *Odpowiedzialne wsparcie edukacyjne*. W: M. Perdeus-Białek, *Odpowiedzialne wsparcie a zrównoważony rozwój. Czyli o siedmiu zasadach wsparcia edukacyjnego będących filarami edukacji włączającej w szkolnictwie wyższym*, Kraków: Dział ds. Osób Niepełnosprawnych Uniwersytetu Jagiellońskiego.





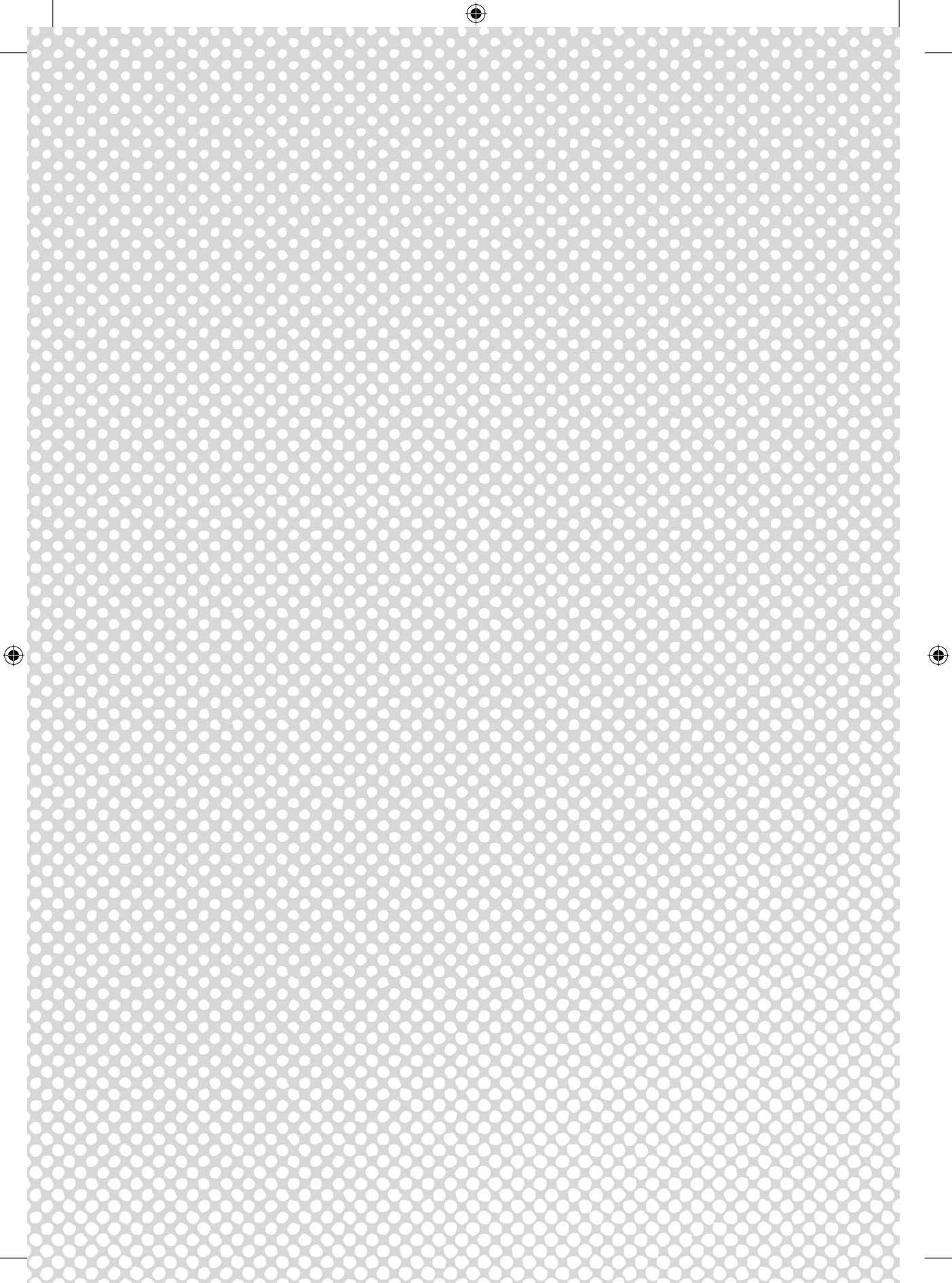
ROZDZIAŁ

1

NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ NARZĄDU WZROKU

Monika Filińska*
Anna Dobrychtop

* Monika Filińska, magister socjologii, studia podyplomowe zarządzanie jednostkami pomocy społecznej, Dyrektor Ośrodka Pomocy Społecznej w Świebodzinie, certyfikowany instruktor z zakresu nauczania orientacji przestrzennej i samodzielnego, bezpiecznego poruszania się osób niewidomych i słabowidzących, monika_k16@wp.pl



1.1. Wprowadzenie

Według WHO na świecie choroby wzroku dotyczą 285,4 milionów ludzi, z czego 13,8% jest niewidomych. Biorąc pod uwagę, że jesteśmy starzejącym się społeczeństwem, wciąż rośnie prawdopodobieństwo zaburzeń wzroku (jaskra, zwyrodnienie plamki żółtej itp.) (Raciborski, Gujski 2016, s. 13).

Szacuje się, że około 80% informacji zdobytych niewerbalnie przyswajamy obserwując otoczenie, czyli przy pomocy analizatora wzrokowego (Paplińska 2008, s. 15). Brak możliwości korzystania z tego zmysłu oznacza zatem brak niezwykle cennego źródła wiedzy.

Ten deficyt można zrekompensować częściowo przy pomocy pozostałych zmysłów, jednak brak widzenia lub jego poważne uszkodzenie powoduje trudności w funkcjonowaniu w różnych obszarach życia: wykonywaniu czynności dnia codziennego, orientacji przestrzennej i poruszaniu się, poznawaniu rzeczywistości i zjawisk, funkcjonowaniu społecznym, rozumieniu pojęć oraz w sferze emocjonalnej.

1.2. Wady wzroku jako niepełnosprawność

Biorąc pod uwagę charakterystykę chorób wzroku, należy zwrócić szczególną uwagę na specyficzne potrzeby i bariery osób dotkniętych różnymi schorzeniami wzroku, a także potrzebne wsparcie w zależności od stopnia i rodzaju niepełnosprawności w tym obszarze (np. osoby niewidome, niedowidzące itp.)

Zdaniem Paplińskiej za niewidomą uważa się osobę, która straciła widzenie przed 5. rokiem życia lub ta dysfunkcja występuje od urodzenia. Natomiast ociemniały to ten człowiek, który utracił wzrok po 5. roku życia, a więc może korzystać z obrazów wzrokowych (Paplińska 2008, s. 15–16). Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) „Niewidomą jest osoba z ostrością widzenia mniejszą niż 3/60 (lub równowartością 0,05) w lepszym oku po uwzględnieniu

najlepszej korekcji, lub posiadająca pole widzenia w obu oczach ograniczone do 10 stopni od punktu fiksacji. Z kolei według WHO słabowidzący to osoby z ostrością wzroku równą lub większą niż 3/60 (lub równowartością 0,05), a mniejszą niż 6/18 (lub równowartością 0,3) w lepszym oku po korekcji okularowej lub o polu widzenia ograniczonym do obszaru 20 stopni” (Sękowska 1998, s. 96).

Ważnym uzupełnieniem przytoczonych definicji jest interpretacja psychologiczna, zaproponowana przez T. Majewskiego: „Osoby niewidome to takie, które nie reagują na żadne bodźce wzrokowe” (Majewski 2001, s. 23). Autor wyjaśnia, że struktura poznawcza tych osób ma charakter zdecydowanie pozawzrokowy, w przeciwieństwie do osób słabowidzących, u których struktury poznawcze zachowały element wzrokowy (Majewski 2001, s. 23). Całościowe podejście, uwzględniające trudności funkcjonalne związane z utratą widzenia wskazuje A. Adamowicz-Hummel. Przywołując funkcjonalną definicję A. Corn i A. Koenig, pisze:

Niezależnie od obowiązującej klasyfikacji stopni niepełnosprawności, dla celów rehabilitacyjnych przyjmuje się następującą funkcjonalną definicję osoby słabowidzącej: jest to osoba, która pomimo okularów korekcyjnych ma trudności z wykonywaniem czynności wzrokowych, ale która może poprawić swoją zdolność poprzez wykorzystanie wzrokowych metod kompensacyjnych, pomocy ułatwiających widzenie i innych pomocy rehabilitacyjnych oraz poprzez dostosowanie środowiska fizycznego (Adamowicz-Hummel 2001, s. 35).

Biorąc pod uwagę stopień uszkodzenia wzroku Paplińska dzieli niewidomych i ociemniałych na osoby (Paplińska 2008):

- bez poczucia światła,
- z poczuciem światła,
- z resztkami wzroku.

Podział osób według stopnia uszkodzenia wzroku ma duże znaczenie. Występowanie poczucia światła daje osobie zrehabilitowanej wiedzę o tym, gdzie jest np. okno, lampa, czyli źródło światła, co pozwala jej odnaleźć się w pomieszczeniu. Ponadto prowadzenie zajęć w tych samych, znanych dla niewidomych i ociemniałych pomieszczeniach, wpływa korzystnie na ich funkcjonowanie w danej przestrzeni. Pozwala na ich sprawniejsze i pewniejsze funkcjonowanie oraz przemieszczanie się. Z kolei osoba posiadająca resztki wzroku może je wykorzystać w celu polepszenia swojego funkcjonowania. Niejednokrotnie wymusza to odpowiednie ustawienie głowy, celem lepszego

widzenia. Może to powodować pewien dyskomfort dla rozmówcy, zwłaszcza jeśli nie posiada odpowiedniej wiedzy. Ta nienaturalna pozycja głowy może powodować wrażenie, że osoba słabowidząca ignoruje osobę, z którą rozmawia – nie słucha jej, bo na nią nie patrzy. Warto więc w celu rozwiania wątpliwości w trakcie rozmowy zapytać, czy osoba z dysfunkcją wzroku nas słucha.

Aby prawidłowo widzieć, potrzebny jest sprawny układ wzrokowy, który odbiera, przewodzi, a następnie przetwarza i interpretuje informacje wzrokowe. Do odbioru dochodzi w oku, natomiast za przewodzenie odpowiada nerw i droga wzrokowa. Z kolei do przetwarzania i interpretacji dochodzi w mózgu. Dodatkowo, aby widzieć potrzebne jest światło, bez którego – mimo sprawnego narządu wzroku – nic nie jesteśmy w stanie zobaczyć. Używanie wzroku rozwija umiejętność widzenia obiektów w przestrzeni.

1.3. Czynności wzrokowe

Na czynności wzrokowe składają się (Majewski 2001, s. 16–19):

- **WIDZENIE CENTRALNE (ŚRODKOWE)**, „czyli plamką żółtą, znajdującą się w środku siatkówki; dotyczy ono widzenia małych przedmiotów, liter, cyfr itp. i bywa nazywane ostrością wzroku” (Majewski 2001, s. 17). Osoby z widzeniem centralnym widzą to, na co skierowany jest wzrok. Czytają powoli, ponieważ ich pole fiksacji jest zbyt małe. Przechodzenie z jednego wiersza do drugiego sprawia im trudność. Problematyczne może być dla nich radzenie sobie w ciemności, gdyż często cierpią na ślepotę zmierzchową (tzw. kurza ślepotą);
- **WIDZENIE OBWODOWE**, „umożliwiające widzenie dużych przedmiotów, będących w ruchu i zjawisk w całej ich zmienności; czasem nazywane widzeniem komunikacyjnym, gdyż umożliwia orientację przestrzenną” (Majewski 2001, s. 17). Osoby z widzeniem obwodowym (uszkodzone widzenie centralne) mają ubytki w widzeniu w części centralnej. Ubytki te mogą mieć różną wielkość, ale bez względu na ich rozmiar najlepszy wynik osoba osiąga, gdy oczy fiksują obok przedmiotu, który chce zobaczyć;
- **WIDZENIE STEREOSKOPOWE**, „czyli obuoczne, trójwymiarowe; widzenie perspektywy, głębi, a także horyzontu” (Majewski, 2001, s. 18). Widzenie to nazywane jest przestrzennym. Pozwala między innymi na właściwą ocenę odległości obiektów od siebie i od osoby. Rozwinięte jest u różnych osób w różnym stopniu. W niektórych zawodach jest szczególnie ważne;

- **WIDZENIE BARW.** Zaburzenie widzenia barw występuje zwykle przy obniżeniu ostrości wzroku. Od zaburzeń widzenia barw należy odróżnić daltonizm, gdyż jest on wrodzonym zaburzeniem bez uszkodzenia ostrości wzroku. Osoby z tym zaburzeniem nie widzą lub częściowo widzą niektóre barwy;
- **WIDZENIE NOCNE,** dzięki adaptacji receptorów wzrokowych. Zaburzenie widzenia zmierzchowego nazywane jest zmierzchową lub kurzą ślepotą, występuje np. przy barwnikowym zwyrodnieniu siatkówki.

1.4. Przyczyny zaburzeń czynności narządu wzroku

Widzenie jest złożonym mechanizmem, który do prawidłowego funkcjonowania potrzebuje sprawnego współdziałania wszystkich elementów wchodzących w skład drogi wzrokowej. Odbity od przedmiotów impuls świetlny najpierw dociera do siatkówki, na której znajdują się komórki receptorowe (pręciki i czopki). Następnie drogami nerwowymi informacja wzrokowa zostaje przekazana do mózgu, gdzie następuje dodatkowa obróbka widzianego obrazu. Zaburzenie widzenia może być wynikiem uszkodzenia na każdym z poziomów drogi wzrokowej, dlatego też przyczyn leżących u podstaw dysfunkcji tego narządu może być wiele. Do najczęściej wymienianych należą (Sękowska 1985):

- czynniki genetyczne (albinizm),
- wady wrodzone (różyczka matki, przedwczesny poród – przed 30. tygodniem życia),
- uszkodzenia okołoporodowe,
- choroby oczu (jaskra, zaćma, jaglica, guzy na gałce ocznej),
- choroby ogólnoustrojowe (cukrzyca, choroby reumatyczne),
- urazy chemiczne, wypadki, zatrucia alkoholem,
- zmiany starcze (zaćma starcza),
- awitaminoza (brak witaminy A, która odżywia gałkę oczną).

Jak wskazuje Kotowski, widzenie osób słabowidzących zależy od wielu czynników, takich jak (Kotowski 2008):

- „stanu narządu wzroku i stopnia widzenia, tj. ostrości wzroku, pola widzenia, widzenia światła i barw” (Kotowski 2008, s. 9), możliwości łączenia obrazu z obu oczu, sprawności motorycznej gałek ocznych,
- czynników zewnętrznych, tj. wielkości, kształtu, liczby przedmiotów, odległości przedmiotu od oczu, koloru oraz kontrastu z otoczeniem,

np. żółty przedmiot na czarnym tle. Kolejnym czynnikiem jest rodzaj, intensywność i usytuowanie oświetlenia, a także czas ekspozycji, tj. ilość czasu, jaki ma osoba słabowidząca na obejrzenie danego obiektu oraz to, czy obraz jest statyczny czy dynamiczny,

- predyspozycji psychofizycznych osoby słabowidzącej, czyli jej pewnych stałych i ogólnych cech, a także występujących w danej chwili, np. dodatkowe schorzenia, zdolność do skupiania się, samopoczucie itp.

Niekorzystne warunki oświetleniowe mogą spowodować wystąpienie trudności z widzeniem. O zmierzchu może wystąpić ślepotą zmierzchowa, a przy przejściu z jasnego miejsca do ciemnego lub odwrotnie mogą wystąpić zaburzenia adaptacji.

Znaczna część osób słabowidzących mierzy się również z występowaniem zniekształceń lub dwojeniem obrazu oraz zaburzeniami widzenia barw. Często objawy te przyczyniają się do bólu oczu czy głowy.

Probleмами doświadczanymi przez osoby słabowidzące są trudności z doborem właściwego oświetlenia, oceną odległości, nierówności podłoża oraz poczuciem głębi (schody, krawężniki). Występujące trudności przyczyniają się u części z nich do zmienności widzenia (raz widzą lepiej, a raz gorzej, np. w zależności od oświetlenia czy pogody). Nierzadko przy długim korzystaniu ze wzroku pojawia się zmęczenie, a także ból głowy i gałek ocznych.

Obserwacje kliniczne pokazują, że liczba dzieci z niepełnosprawnością sprzężoną, które korzystają ze wsparcia specjalistycznych placówek wczesnego wspomagania rozwoju stale wzrasta. Niepełnosprawność sprzężona to m.in. współwystępowanie zaburzeń okulistycznych, jak i neurologicznych. Istotne jest jak najwcześniejsze wykrycie problemów wzrokowych i rozpoczęcie działań, które wspomogą rozwój funkcji wzrokowych. Stymulacja wzroku w wieku niemowlęcym, a następnie systematycznie prowadzona terapia widzenia przyczyniają się do osiągnięcia optymalnych możliwości wzrokowych (Walkiewicz-Kurtak 2015, s. 313–324).

1.5. Schorzenia wzroku

Biorąc pod uwagę zróżnicowaną etiologię oraz złożoną budowę narządu wzroku można wyróżnić wiele różnych schorzeń tego narządu. W dalszej części krótko omówiono te najczęściej spotykane.

1.5.1. Cukrzycowy obrzęk plamki żółtej

Wśród osób chorujących na cukrzycę są zarówno osoby słabowidzące, jak i niewidome. W początkowej fazie choroby mogą pojawić się zniekształcenia widzenia. Linie proste widziane są przez osobę jakby były faliste, a przedmioty przybierają inny kształt i wielkość. Dodatkowo czytanie, pisanie czy rozpoznawanie kolorów staje się problematyczne, a ostatecznie w centrum widzenia pojawia się ciemna plama (Raciborski, Gujski 2016, s. 14–15).

Mimo starań, aby zapobiec powikłaniom, przy cukrzycy często podczas choroby występują zaburzenia widzenia. Warto pamiętać, że osoba uznawana za niewidomą czasem posiada resztki wzroku, które pozwalają na poznawanie otoczenia. Cukrzyca przyczynia się niejednokrotnie do niestabilności stanu wzroku i potrzeby nauki życia z tymi trudnościami. U osób chorujących na cukrzycę problemem, poza upośledzeniem narządu wzroku, jest sama choroba, ponieważ wraz z nią pojawiają się określone trudności (np. stopa cukrzycowa).

1.5.2. Jaskra

Jaskra jest chorobą występującą najczęściej u osób w wieku 50+. Jest drugą najczęstszą przyczyną ślepoty na świecie. Powoduje ona uszkodzenie nerwu wzrokowego. W przypadku wystąpienia tego schorzenia, neurony ulegają stopniowej i powolnej degeneracji oraz zanikowi. Osoba chorująca nawet przez kilka lat może nie zdawać sobie sprawy z występowania problemów zdrowotnych. Długi okres choroby prowadzi do zniszczenia nerwu wzrokowego, a w konsekwencji do powstawania tzw. mroczków, które w bardzo dużym stopniu ograniczają pole widzenia. Ze względu na to, iż proces chorobowy zachodzi powoli ludzki mózg przyzwyczaja się do ograniczonego widzenia do momentu, gdy ubytki w polu widzenia są już tak duże, że utrudniają codzienne funkcjonowanie ostatecznie prowadząc do nieodwracalnej ślepoty. Ubytki w polu widzenia i osłabienie wzroku następują stopniowo. Do rozpoznania choroby najczęściej dochodzi przy profilaktycznych badaniach okulistycznych (np. dobór okularów, badania okresowe) (Pierzchalska – Mudyna, Malik, Adamek 2018).

Leczenie jaskry pierwotnej otwartego kąta wymusza na chorującym rzetelne stosowanie się do zaleceń lekarskich. W trakcie leczenia pacjent przyjmuje wiele różnych preparatów medycznych. W przypadku braku efektów leczenia farmakologicznego niezbędne jest poddanie się operacji lub zabiegowi laserowemu. Nieleczona jaskra prowadzi z reguły do całkowitej utraty wzroku (Pierzchalska-Mudyna, Malik, Adamek 2018).

Jaskra wtórna powstaje w wyniku różnych chorób. Może być związana z urazami oka, stosowaniem sterydów a także może być konsekwencją chorób nowotworowych. Głównym sposobem leczenia jest stosowanie kropli do oczu, które stabilizują ciśnienie w oku „poprzez hamowanie wydzielania cieczy wodnistej lub zwiększanie przepływu płynu, aby mógł się swobodnie wydostawać” (Pierzchalska-Mudyna, Malik, Adamek 2018, s. 24). Leki stosowane w leczeniu jaskry mają dużo skutków ubocznych co może być bardzo uciążliwe dla chorującego i ograniczać jego funkcjonowanie. Do najczęściej przez nich wskazywanych są alergie, podrażnienie i pieczenie spojówek, niewyraźne i rozmazane widzenie. Mimo tak wielu skutków stosowania leków poddanie się operacji nie jest często stosowaną metodą leczenia jaskry. W końcowym stadium choroby pacjentowi pozostaje poczucie światła, widzenie kontur, potrafi dostrzec ruch w otoczeniu i jego pole widzenia jest znacznie ograniczone. (Pierzchalska-Mudyna, Malik, Adamek 2018).

Jaskra jest jedną z przyczyn całkowitej utratę wzroku, ale przede wszystkim we wstępnej fazie może wywoływać światłowstręt, którego objawami są:

- częste łzawienie oczu,
- widzenie tęczyowych kół lub mroczków przy spoglądaniu na źródło światła,
- trudności z przystosowaniem się wzroku do ciemności (Pierzchalska-Mudyna, Malik, Adamek 2018).

1.5.3. Barwnikowe zwyrodnienie siatkówki (Retinitis pigmentosa)

Barwnikowe zwyrodnienie siatkówki, czyli Retinitis pigmentosa (RP), zaczyna się w wieku młodzieńczym od pogorszenia widzenia zmierzchowego, bez zmian w polu widzenia. Następnie dochodzi do zawężenia obszaru widzenia, czyli zwężenia pola widzenia. W zaawansowanym stanie choroby osoba widzi tylko środkiem oka (widzenie lunetowe). Dodatkowym objawem jest obniżenie ostrości wzroku, ale następuje ono w różnym tempie u różnych osób, tak jak światłowstręt. Choroba ta polega na degradacji komórki nerwowej siatkówki na obwodzie, więc widzenie dość długo pozostaje w środkowej części oka, czyli centralnie. Chorobie tej nierzadko współtowarzyszy zaćma lub jaskra (Gawińska 2016, s. 34–45).

Przy barwnikowym zwyrodnieniu siatkówki w celu zobaczenia całego przedmiotu charakterystyczne jest przeszukiwanie wzrokiem obszaru, na którym się on znajduje. Umożliwia to obejrzenie rzeczy, którą osoba się interesuje. Niezbędna jest nauka posługiwania się laską podczas poruszania się w terenie, przy obniżonym natężeniu oświetlenia (pochmurny dzień, słabo doświetlone pomieszczenia, zmierzch) oraz nauka stosowania pomocy

optycznych. Dobór pomocy optycznych i filtrów okularowych jest najskuteczniejszą terapią. Konieczne jest zastosowanie filtrów (np. P 450, P 500) w okularach, aby doprowadzić do zmniejszenia światłowstrętu, podniesienia kontrastu i ochrony pozostałych fotoreceptorów przed destruktywnym działaniem promieniowania ultrafioletowego. Pomoce optyczne wybierane najczęściej przez osoby chorujące na RP to lupy o niewielkich powiększeniach. Stosowanie folii pryzmatycznych naklejanych na okulary celem poszerzenia pola widzenia daje słaby efekt ze względu na trudność w posługiwaniu się nimi i niezadowalające efekty stosowania (Raciborski, Gujski 2016).

1.5.4. Zwrodnienie plamki żółtej

Zwrodnienie plamki żółtej to choroba zwana także AMD od angielskiej nazwy „Age-related macular degeneration” (Raciborski, Gujski 2016). W chorobie tej uszkodzeniu ulega plamka żółta, która jest odpowiedzialna za wyraźne widzenie i znajduje się w centralnej części siatkówki. Dzięki niej człowiek ma możliwość rozróżniać kolory, czytać i pisać. Do jej degradacji najczęściej dochodzi po 50. roku życia. AMD powoduje pogorszenie jakości widzenia. Początkowo chory odczuwa dyskomfort rzadko, w określonych sytuacjach, z czasem jednak ten stan się pogarsza. Przede wszystkim pogarsza się widzenie, szczególnie na wprost: „obraz jest zamazany, niewyraźny, mniej kontrastowy niż wcześniej, a kolory wyblakłe” (Raciborski, Gujski 2016, s. 14). Osoby chorujące na AMD skarżą się na zniekształcenie obrazu, „wrażenie pofalowania linii i szarą lub czarną plamę przed okiem, która pojawia się zawsze w tym samym położeniu. Początkowo objawy są bardzo subtelne, a co ważniejsze, można je wychwycić wyłącznie przy patrzeniu każdym okiem osobno” (Raciborski, Gujski 2016, s. 14). W celu skutecznej profilaktyki tego schorzenia niezbędne są regularne kontrole u okulisty z uwzględnieniem badania każdego oka osobno. Typowymi objawami są:

- pogorszenie widzenia w nocy,
- niewyraźne widzenie z bliska,
- trudności przy czytaniu i pisaniu,
- „falowanie” linii prostych,
- pojawienie się w polu widzenia ciemnej plamy (Raciborski, Gujski 2016).

1.5.5. Retinopatia wcześniacza

Retinopatia wcześniacza jest schorzeniem polegającym na „zaburzeniu prawidłowego rozwoju naczyń siatkówki” (Muszyńska, Nadaj 2001, s. 32). Schorzenie to rozwija się wyłącznie u dzieci urodzonych przed czasem oraz z niską masą

urodzeniową. Ryzyko rośnie „u dzieci urodzonych poniżej 32. tygodnia ciąży i z masą urodzeniową mniejszą niż 1500 g” (Muszyńska, Nadaj 2001, s. 34). W schorzeniu tym „mogą występować wady refrakcji (krótkowzroczność, astygmatyzm, różnowzroczność) wymagające korekcji okularami, zez, jaskra, niedowidzenie” (Muszyńska, Nadaj 2001, s. 34).

Krótkowzroczność

Wysoka krótkowzroczność występuje przy dużej wadzie wzroku (powyżej $-6,0$ D). W takich przypadkach osoba ma problem z widzeniem tego, co znajduje się blisko niej, jak i tego, co jest daleko. Widząc czytającą osobę z wysoką krótkowzrocznością możemy zauważyć, że jej twarz jest bardzo zbliżona do tekstu, który czyta (Tracz, Łukasiak, Oleksiak, Brackenridge, Rudnicka 1999).

1.5.6. Albinizm (bielactwo)

Albinizm jest przewlekłą chorobą, w wyniku której skóra nie wytwarza melaniny, co w konsekwencji prowadzi do pojawiania się odbarwień na ciele, które kolorem różnią się od pozostałej części skóry. Odbarwienia na ciele występują przede wszystkim na czole lub jego okolicach, w pobliżu rzęs i brwi, a także włosów, natomiast rzadko są spotykane na dłoniach. Choroba ta bezpośrednio nie zagraża życiu człowieka, nie jest zaraźliwa, ale utrudnia codzienne funkcjonowanie. Powoduje odczucie dyskomfortu psychicznego i znacznie pogarsza jakość życia chorych. Możemy wyróżnić bielactwo wrodzone i nabyte, z czego pierwsze pojawia się w chwili urodzenia i towarzyszy człowiekowi przez całe życie, natomiast drugie pojawia się w trakcie życia. Do powstania albinizmu u dziecka dochodzi na podstawie dziedziczenia przez dziecko odpowiedniego genu zarówno od matki jak i ojca. Jeśli odziedziczy ono nieprawidłowy gen tylko od jednego z rodziców mówimy o bielactwie wrodzonym częściowym (Jankowska 2016).

Charakterystyczna dla tego schorzenia jest bardzo jasna cera, białe włosy, rzęsy, brwi, nadwrażliwość na światło słoneczne, a także jasnoniebieskie tęczęwki przepuszczające światło (Jankowska 2016).

Ponadto przy albinizmie występuje również oczopląs, który pojawia się już w początkowych miesiącach życia. Co więcej, stwierdza się światłowstręt i słabą zdolność widzenia. Światłowstręt wiąże się z dużym dyskomfortem w normalnym funkcjonowaniu, gdyż powoduje ból oczu, pieczenie, klucie czy łzawienie przy nawet niewielkim natężeniu światła. W celu minimalizowania objawów warto nosić okulary przeciwsłoneczne lub szkła fotochromowe (Jankowska 2016).

1.5.7. Zanik nerwu wzrokowego

Zanik nerwu wzrokowego odnosi się do chorób w których nastąpiło uszkodzenie włókien nerwowych lub ich całkowity brak. Choroby z tej grupy mogą być zarówno wrodzone jak i nabyte, w przeciwieństwie do niedorozwoju nerwu, który ma zawsze charakter wrodzony i wiąże się z występowaniem bladej, mętej, a w niektórych przypadkach szarej tarczy nerwu wzrokowego, wokół której znajduje się obszar zaniku siatkówki i naczyńówki. Konsekwencją tego schorzenia jest między innymi stopniowa utrata wzroku, występowanie oczopląsu, zez oraz niedowidzenie w przypadkach jednostronnych.

1.5.8. Achromatopsja

Achromatopsja zwana całkowitą ślepotą barwną jest wadą wzroku spowodowaną chorobą siatkówki. Objawem jest duży lub całkowity brak zdolności rozpoznawania kolorów. Przyczynia się do tego niska liczba lub brak czopków, które są odpowiedzialne nie tylko za widzenie kolorów, ale i widzenie ostre, a także widzenie fotopowe (dzienne). Osoby chorujące na achromatopsję nie tylko widzą świat niemalże tylko w odcieniach szarości, ale są nadwrażliwi na światło, cierpią na zaburzenia widzenia ostrego i oczopląs. Archromatopsja może być dziedziczna lub nabyta w wyniku chorób lub różnych uszkodzeń (Hill-Bator, Misiuk-Hojło 2009, s. 130–134).

1.6. Funkcjonalne następstwa schorzeń wzroku

Do najczęściej występujących następstw schorzeń wzroku zalicza się:

- **OCZOPLĄS**

Jest schorzeniem polegającym na specyficznych, mimowolnych drganiach gałek ocznych. Te rytmiczne ruchy mogą występować w różne strony – góra, dół, prawo i lewo oraz mogą mieć różną prędkość. Zdrowe oko wykonuje drobne i niezauważalne ruchy, dzięki czemu człowiek widzi. Natomiast zbyt silne ruchy ograniczają zdolność fiksacji. Jeżeli ten ruch wykonywany jest w równym tempie, mamy do czynienia z oczopląsem wahadlowym, jeżeli natomiast ruch oka w jedną stronę jest szybszy niż w drugą mówimy o oczopląsie skaczącym (Kłopotowska 2016).

W związku z nieustannym ruchem oczu, które występuje przy oczopląsie diagnozowane jest spore ograniczenie ostrości widzenia, którego

głębokość zależy głównie od prędkości ruchu gałek ocznych. W poprawie ostrości widzenia często pomaga odpowiednie ułożenie głowy, które pozwala zminimalizować ruchy oczopląsowe (tzw. pozycja zerowa). Zazwyczaj ostrość wzroku z bliska jest lepsza niż z daleka, ponieważ zbieżne ustawienie oczu w trakcie czytania powoduje mniejszy ruch oczopląsowy. Może również występować wyrównawcze ustawienie głowy, gdy nasilenie oczopląsu jest zależne od kierunku spojrzenia. Mówimy wówczas o tzw. strefie neutralnej, która dotyczy pola widzenia, gdzie ruch gałek ocznych jest najmniejszy lub całkowicie zanika – wtedy chory przekręca głowę w bok. Osoby, u których oczopląs jest największy podczas patrzenia w prawo, a najmniejszy podczas patrzenia w lewo – skręcają głowę w kierunku większego oczopląsu, a oczy zwracają się w lewo do strefy neutralnej (pomaga to zachować ostrość widzenia dzięki przeniesieniu strefy neutralnej na wprost). W zależności od tego, w którą stronę osoba patrzy, kierunek oczopląsu może się zmieniać. Ruchy gałek ocznych nie są więc przez cały czas takie same, jak również zmienia się tempo ich drgań. Ponadto, mogą występować prawidłowe ruchy, zwłaszcza w sytuacji wodzenia wzrokiem za jakimś poruszającym się przedmiotem (np. jadącym pociągiem czy samochodem). Oczopląs może być wrodzony lub nabyty. Zwykle leczy się go odpowiednimi szklami. Czasem zachodzi jednak konieczność interwencji chirurgicznej (Kłopotowska 2016).

- **OBNIŻENIE OSTROŚCI WZROKU**

Przy prawidłowej ostrości wzroku człowiek jest w stanie zobaczyć niewielkie przedmioty z różnych odległości. Kiedy natomiast ostrość ta jest zmniejszona albo znacznie ograniczona, może nastąpić nieemożność widzenia szczegółów, czy niewielkich obiektów, zwłaszcza jeśli znajdują się w większej odległości od obserwatora (Kłopotowska 2016).

- **UBYTKI W POLU WIDZENIA**

Mogą one dotyczyć centralnego (mroczek centralny) lub obwodowego pola widzenia, przyjmując różne formy: od pola widzenia, które systematycznie się zawęża, przez tak zwane widzenie lunetowe czy połowiczne, czyli brak połowy widzenia z lewej lub prawej strony. Mogą również pojawić się ubytki mieszane, w konsekwencji których przeszkadzające w widzeniu mroczki pojawiają się w różnym zakresie i w różnych obszarach pola widzenia (Kłopotowska 2016).

- **ZABURZENIE WRAŻLIWOŚCI NA ŚWIATŁO**

Zaburzenie to może przyjąć dwie formy, z jednej strony może wystąpić światłowstręt, czyli zbyt duża ilość światła powoduje dyskomfort, zwłaszcza jeśli jego źródłem jest odbijające się światło od gładkich powierzchni, tak zwane olśnienia. Może także pojawić się odwrotna sytuacja, czyli światłolubność, a więc człowiek potrzebuje dodatkowego światła (np. musi podświetlać sobie wszystko, co chce przeczytać) (Kłopotowska 2016).

- **OBNIŻENIE WRAŻLIWOŚCI NA KONTRAST**

Objawia się tym, że osoba dla lepszego widzenia potrzebuje dużego kontrastu pomiędzy figurą lub tekstem a tłem (Kłopotowska 2016).

- **ŚLEPOTA ZMIERZCHOWA**

Zaburzenie to potocznie nazywane kurzą ślepotą, powoduje brak widzenia o zmierzchu. Osoba w ciągu dnia i przy dobrym świetle całkiem dobrze radzi sobie, jednak jak tylko pojawia się półmrok czy robi ciemno, traci zdolność widzenia (Kłopotowska 2016).

- **ZABURZENIE ADAPTACJI DO ŚWIATŁA I CIEMNOŚCI**

W przeciwieństwie do kurzej ślepoty, przy zaburzeniu adaptacji człowiek jest w stanie widzieć w różnym, zmiennym oświetleniu, w tym także w półmroku czy ciemności jednak jego oko potrzebuje znacznie więcej czasu na przystosowanie się zmiany oświetlenia niż oko zdrowe. Czas adaptacji może trwać nawet kilka minut, gdy osoba zmienia otoczenie z bardzo jasnego, nasłonecznionego do takiego, w którym panuje półmrok lub jest ciemno (np. wchodząc do sali kinowej z jasnej galerii czy w słoneczny dzień) (Kłopotowska 2016).

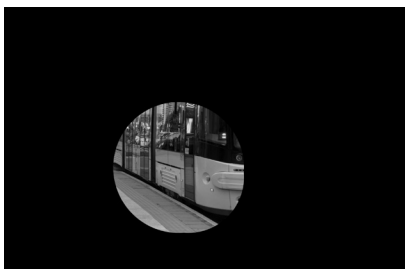
- Innymi konsekwencjami chorób oczu mogą być również **ZABURZENIE ZWIĄZANE Z WIDZENIEM GŁĘBI** (np. schody), w tym również **ZABURZENIE WIDZENIA PRZESTRZENNEGO** (np. orientacja w przestrzeni), a także zmienność widzenia, w którym osoba w zależności od różnych czynników raz widzi lepiej, a raz gorzej. Czynniki, które na to wpływają, mogą mieć charakter zarówno zewnętrzny (np. oświetlenie, pora dnia, odbijające światło, kontrastowość pomieszczeń itp.), jak i wewnętrzny (samopoczucie, zmęczenie, stres itp.). Przy różnych schorzeniach oczu nierzadko występuje **MĘCZLIWOŚĆ OCZU**, ich **ŁZAWIENIE** i **BÓL**, co w dużym stopniu utrudnia funkcjonowanie osobie w codziennym życiu. Dodatkowo chorzy często skarżą się na **PODWÓJNE, ZNIEKSZTAŁCONE WIDZENIE** oraz na **TRUDNOŚCI W WIDZENIU I ROZPOZNAWANIU BARW** (Kłopotowska 2016).

RYSUNEK 1. Przykłady ograniczenia pola widzenia – widzenie prawidłowe



Źródło: <https://malopolskietpg.wordpress.com/gluchoslepota/> [dostęp: 18.01.2022].
Zdjęcie: Surprising_Shots/Pixabay.com.

RYSUNEK 2. Przykłady ograniczenia pola widzenia – widzenie lunetowe



Źródło: <https://malopolskietpg.wordpress.com/gluchoslepota/> [dostęp: 18.01.2022].

RYSUNEK 3. Przykłady ograniczenia pola widzenia – mroczki rozsiane



Źródło: <https://malopolskietpg.wordpress.com/gluchoslepota/> [dostęp: 18.01.2022].

RYSUNEK 4. Przykłady ograniczenia pola widzenia – mroczek centralny



Źródło: <https://malopolskietpg.wordpress.com/gluchoslepota/> [dostęp: 18.01.2022].

RYSUNEK 5. Przykłady ograniczenia pola widzenia – widzenie tunelowe



Źródło: <https://malopolskietpg.wordpress.com/gluchoslepota/> [dostęp: 18.01.2022].

RYSUNEK 6. Przykłady ograniczenia pola widzenia – obniżona ostrość



Źródło: <https://malopolskietpg.wordpress.com/gluchoslepota/> [dostęp: 18.01.2022].

Stopień uszkodzenia wzroku i sposób widzenia u słabowidzących jest różny, więc często postrzegają ludzi i przedmioty w sposób indywidualny. To z kolei może być dla osoby widzącej niezrozumiałe.

Orientacja w dużej przestrzeni sprawia wiele problemów, czego dodatkowo nie ułatwiają ciągle zmiany, np. remonty, wyburzenia budynków, zmiana organizacji ruchu czy zmiana kolorów budynków. Nie jest łatwe zapamiętanie ukształtowania terenu, rodzajów nawierzchni, rodzajów skrzyżowań, lokalizacji przystanków autobusowych itd. W trakcie poruszania się należy korzystać ze wszystkich wskazówek: słuchowych, dotykowych, węchu, temperatury itd. Znany teren w przypadku pojawienia się śniegu ulega istotnym zmianom (zasy), poruszanie się w deszczu również zmienia odbiór rzeczywistości (inne przewodnictwo dźwięku czy występowanie kałuż). Poruszanie się z laską i trzymanie parasolki jest bardzo trudne i może przyczynić się do utrudniania odbierania i interpretowania wskazówek dźwiękowych. Wydaje się, że w takich warunkach pogodowych wskazane jest korzystanie z kurtki przeciwdeszczowej i wygodnych, lecz nieprzemakalnych butów. Niestety zdarzają się sytuacje, że osoby słabowidzące poruszają się same bez użycia laski, na pamięć i wycucie. Jest to bardzo niebezpieczne, gdyż stwarza niebezpieczeństwo dla nich samych, jak i dla innych użytkowników przestrzeni publicznej. Osoby niewidome i słabowidzące, które nie zaakceptowały swojej niepełnosprawności, częściej borykają się z ograniczeniami związanymi z samodzielnym poruszaniem się niż te, które są pogodzone ze swoimi ograniczeniami. Osoba, która czuje, że nie jest w stanie przemieszczać się bezpiecznie, powinna skorzystać z możliwości nauki poruszania się z białą laską. Wykorzystywanie składanych lasek jest wskazane dla tych osób, które w sytuacjach trudnych (przekraczanie ulic, schodzenie po schodach) wymagają pomocy lub wsparcia – mają problem z bezpiecznym pokonaniem trudnego odcinka drogi.

1.7. Savoir-vivre wobec osób z niepełnosprawnością narządu wzroku

W kontaktach z osobą z niepełnosprawnością narządu wzroku należy pamiętać w szczególności o tym, aby:

- rozmawiać w takim miejscu, w którym nie ma przeszkadzającego hałasu oraz rażącego ją światła;

- witając się, przedstawiać siebie i osoby towarzyszące. W grupie zawsze starać się używać swojego imienia lub nazwiska. Akcentować chęć zakończenia rozmowy, a co najważniejsze – chęć oddalenia się od osoby niewidomej;
- podczas spotkania słownie wyrażać, np. chęć przywitania się przez podanie ręki (nie należy dotykać osoby niewidomej bez uprzedzenia jej o tym);
- chcąc udzielić pomocy, należy uzyskać najpierw informacje, czy osoba niewidoma jej potrzebuje, po otrzymaniu odpowiedzi twierdzącej należy przyjąć zaproponowany przez niewidomego sposób pomocy, nie krępując jego ruchów;
- pomagając, np. przy przechodzeniu przez ulicę pozwolić chwycić się za ramię, w sposób bezpieczny i wygodny dla obu stron;
- pamiętać, aby zawsze w trakcie rozmowy zwracać się do niewidomego/słabowidzącego, a nie do jego asystenta;
- uprzedzać o przeszkodach: schodach w górę czy w dół, zmianie kierunku;
- nie proponować pomocy, jeśli nie masz czasu i się śpieszysz;
- podejść, przedstawić się i zapytać, czy potrzebna jest pomoc, kiedy widzisz niewidomego rozglądającego się bezradnie, wyglądającego na zagubionego;
- nie zostawiać otwartych drzwi, jeśli były zamknięte, nie zmieniać ustawienia przedmiotów bez poinformowania o tym niewidomego, a meble (np. krzesło, ławka) odstawiać na miejsce;
- wskazując wolne krzesło, pozwolić tej osobie, aby dotknęła jego oparcia, nigdy nie próbować sadzać niewidomego na krześle;
- przy posiłkach korzystać z tarczy zegara, aby poinformować osobę niewidomą w jaki sposób jest rozmieszczone danie na talerzu, np. surówka znajduje się na godzinie 8, ziemniaki na 3;
- wchodząc do pomieszczenia informować osobę niewidomą, kto i co się w nim znajduje;
- nie udzielać wskazówek, które mogą być przydatne tylko widzącym (np. biały budynek, jeśli takich jest w pobliżu więcej);

PODSTAWOWE PRAWDY:

- 1 Student z niepełnosprawnością wzroku poza dysfunkcją wzroku niczym nie wyróżnia się od innych studentów.
- 2 Studentowi z dysfunkcją wzroku należy pomagać tylko, gdy sobie tego życzy.

- 3 Student z dysfunkcją wzroku może pokonać ograniczenia wynikające z niepełnosprawności dzięki wykorzystaniu alternatywnych technik gromadzenia i przekazywania informacji.
- 4 Poziom wiedzy studenta z dysfunkcją narządu wzroku powinien być tak samo sprawdzany jak innych studentów – bez zmniejszenia wymagań przy zastosowaniu alternatywnych metod sprawdzania wiedzy.

1.8. Przykładowe zadania uczelni w ramach zapewnienia osobom z niepełnosprawnością narządu wzroku warunków do pełnego udziału w procesie przyjmowania na studia, w procesie kształcenia i prowadzeniu działalności naukowej

W zapewnieniu pełnej dostępności uczelni do potrzeb i możliwości osób z niepełnosprawnościami, w tym osób z deficytami wzroku kluczowe jest holistyczne podejście, które obejmie funkcjonowanie całej społeczności akademickiej (od procedur administracyjnych przez infrastrukturę, technologie wspierające, aż po kompetencje kadry i studentów).

Aby zadbać o jak najefektowniejsze wsparcie dla osób z dysfunkcją narządu wzroku, warto od samego początku ich przebywania w uczelni zapoznać ich z budynkami, w których odbywają się zajęcia czy usytuowaniem ważnych z punktu widzenia ich potrzeb miejsc (biblioteki, dziekanaty, stołówki, Akademickie Centrum Wsparcia Osób z Niepełnosprawnością). Warto, aby naukę orientacji w przestrzeni uczelnianej przeprowadził instruktor orientacji przestrzennej. Taki trening umożliwi studentowi samodzielne poruszanie się między strategicznymi miejscami, najczęściej odwiedzanymi przez studenta.

1.8.1. Strona internetowa

Strona internetowa uczelni jest często pierwszym miejscem, w którym można zapoznać się z ofertą kształcenia, ale również jest miejscem, gdzie znajdują się wszystkie niezbędne informacje potrzebne osobie studiującej (regulaminy, wnioski stypendialne, ogłoszenia, plany zajęć itd.). Koniecznym jest więc, aby była dostępna, czyli stworzona zgodnie ze standardem WCAG 2.1. Ponadto

na stronie należy umieścić łatwe do odnalezienia informacje o Akademickim Centrum Wsparcia Osób z Niepełnosprawnościami, a także na każdej odsłonie strony na dole Deklarację Dostępności.

1.8.2. Dostępność architektoniczna

Dostosowanie przestrzeni uczelni w przypadku studentów niewidomych i słabowidzących powinno obejmować m.in.:

- powiększony numer na drzwiach oraz dotykowe oznaczenie drzwi pomieszczeń (sale wykładowe i ćwiczeniowe, sanitariaty, pomieszczenia administracyjne). Oznakowania można wykonać przy pomocy etykiet brajlowskich (napisy w brajlu);
- dostosowanie windy do potrzeb osób niepełnosprawnych: udźwiękowanie, przyciski z numerami pięter powinny być odpowiedniej wielkości, oznaczone alfabetem Braille'a, takie które łatwo będzie obsługiwać bez używania wzroku, czy muszą być wypukłe, a także w kontrastowych barwach dla osób słabowidzących. Wskazane jest, aby kolor drzwi przystankowych kontrastował z wykończeniem otaczających ścian. Takie rozwiązanie sprzyja ułatwieniu rozpoznania wejścia do windy;
- wyznaczenia ścieżek komunikacyjnych (poprzez odpowiednie ustawienie mebli w salach, rekomendowane położenie płytek o innej fakturze tworzącym ścieżkę, np. do drzwi do poszczególnych pomieszczeń lub linii prowadzących, pól uwagi);
- oznakowanie wewnątrz i zewnątrz budynku sygnalizujące o schodach i drzwiach;
- montaż planów tyflograficznych;
- uporządkowanie przestrzeni;
- ułatwienia przemieszczania się tak, by korytarze nie były zastawione meblami lub innymi przeszkodami;
- unikanie stosowania wszelkich elementów wystających ze ścian;
- przeciwpoślizgowe posadzki (o kontrastowych kolorach w stosunku do ścian);
- zapewnienie optymalnego oświetlenia i zapobieganie odbłaskom;
- zabezpieczenie przed światłowstrętem czy olśnieniem poprzez wyposażenie przestrzeni uczelni w systemy ograniczające przepuszczalność i natężenie światła (wertykale, żaluzje, rolety i inne przesłony okienne);
- aby uniknąć odbijania światła, należy zadbać o to, by źródła światła były zabezpieczone odpowiednią obudową;

- niekomentowanie faktu korzystania przez studenta z przesłon osobistych (takich jak przeciwsłoneczne okulary, daszki itp.);
- warto zastosować matowe nakładki na biurko i wykładziny na podłogę, w celu uniknięcia odbijających światło powierzchni;
- należy zadbać o kontrast w pomieszczeniach, tak aby ściany odróżniały się od podłogi. Aby uniknąć odbijania światła, ściany powinny się malować matową farbą i na jednolity kolor;
- jeśli używane są tablice, bardziej wskazane są matowe, ciemnozielone niż białe i błyszczące;
- drzwi i przegrody gablot powinny być oklejone matowym papierem szklanych drzwi i przegród gablot;
- oznaczenie stopni (pierwszy i ostatni) żółtą taśmą;
- oznaczenie kontrastem włączników światła, klamek, przycisków, napisów na drzwiach.

1.8.3. Administracja

Biorąc pod uwagę konieczność załatwiania wielu spraw administracyjnych w uczelni warto, aby w miejscach obsługi studentów zapewnić pełną dostępność informacyjno-komunikacyjną. Absolutnym minimum w tym zakresie będą dziekanaty, biblioteki oraz Akademickie Centrum Wsparcia Osób z Niepełnosprawnościami. Student ma prawo przyjść w obecności asystenta, warto zatem tak urządzić przestrzeń, aby było w niej miejsce także dla asystenta.

1.8.4. Zajęcia dydaktyczne

Wymagania stawiane studentom z niepełnosprawnością wzroku powinny być dokładnie takie same jak te, które stawiane są pozostałym studentom. Celem studenta jest bowiem zdobycie wyższego wykształcenia na takim samym poziomie jak jego rówieśnicy. Wskazane jest także umożliwienie studentowi nawiązania kontaktu i współpracy z instruktorem orientacji przestrzennej. Umożliwienie skorzystania z powyższego wsparcia w znacznym stopniu może ułatwić, a także przyspieszyć adaptację osoby niewidomej czy słabowidzącej do nowej, trudnej i często stresującej sytuacji.

Podczas kontaktu ze studentem posiadającym dysfunkcję narządu wzroku, należy zadbać o odpowiednie warunki do spokojnej rozmowy, z dala od innych studentów. Jest to ważne, bo tylko w takich okolicznościach możliwe jest uzyskanie odpowiedzi na pytania, które pozwolą na udzielenie wsparcia

adekwatnego do jego potrzeb (np. jak dużo widzi i czy ma dla niego znaczenie miejsce, jakie zajmuje na sali, oraz jaka pomoc będzie mu potrzebna).

Część osób niewidomych korzysta z psa przewodnika. W związku z tym należy umożliwić studentowi pobyt z psem na uczelni.

Podczas prowadzenia zajęć wskazane jest umożliwienie studentowi nagrywanie zajęć. Zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi praw autorskich jest to dozwolone w przypadku osób z dysfunkcją narządu wzroku oczywiście wyłącznie na własny użytek, w tym przypadku do nauki.

Ponadto, ważne jest, aby umożliwić studentowi korzystanie z różnych pomocy dydaktycznych, które ułatwią mu uczestnictwo w zajęciach i pozwolą na efektywniejszą naukę. Mogą to być przykładowo noteboki, lupy lub inne pomoce optyczne czy własne źródło oświetlenia. Nie należy zwracać szczególnej uwagi na te sprzęty, zwłaszcza przy grupie, gdyż może to wprowadzić studenta w zakłopotanie.

Równość szans edukacyjnych dotyczy również wszelkich informacji, jakie są przekazywane przez wykładowcę, dlatego prowadzący zajęcia zobligowany jest do czytania na głos tego, co zapisuje na tablicy. Przy zapisywaniu na tablicy wykresów, rysunków wskazane jest, aby wykładowca w sposób jak najbardziej dokładny opisywał to, co na niej narysował.

Warto zadbać o to, aby student z dysfunkcją narządu wzroku otrzymał materiały w postaci elektronicznej, najlepiej przed zajęciami, tak aby mógł się z nimi zapoznać. Jeśli w tych plikach znajdują się rysunki, wykresy czy zdjęcia, należy uwzględnić ich opis słowny, po to by student mógł się dowiedzieć, co się na nich znajduje.

Jeśli w ramach zajęć prezentowane są różne przedmioty czy eksponaty, student powinien mieć możliwość zapoznania się z nimi z bliska (osoby słabowidzące) lub za pomocą dotyku (w przypadku osób niewidomych). Warto także aby wykładowca dokładnie opisał, jak wygląda dana rzecz, uwzględniając wszelkie jej ważne szczegóły. Istotne jest zapewnienie studentowi dostępu do informacji pisanej i werbalnej. Wskazane jest umożliwienie studentowi możliwości korzystania z biblioteki cyfrowej.

Podczas zadawania pytań istotne jest, by pytający precyzował słownie, do kogo kieruje pytanie, ze względu na to, iż osoba niewidoma nie ma możliwości zareagowania na sygnały niewerbalne kierowane w jej stronę, takie jak spojrzenie, uśmiech czy skinienie głową.

Dodajmy jeszcze, że spis literatury, z którą musi zapoznać się student w ramach danego przedmiotu, powinna być przekazywana z dużym wyprzedzeniem, ponieważ nie wszystkie pozycje można dostać w formie dostępnej dla osoby z niepełnosprawnością wzroku. Czasem student zmuszony jest do skanowania książek, tak aby móc z nich korzystać, a to jest bardzo czasochłonne. Wskazane jest również, aby uczelnia zapewniała jak najszerszy dostęp do bibliotek cyfrowych. Umożliwi to studentom z dysfunkcją narządu wzroku szybsze dotarcie do wymaganej literatury i zapoznanie się z nią.

1.8.5. Zaliczenia/egzaminy

Zasady równości edukacyjnej ważne są również przy weryfikacji wiedzy. Wszystkie zaliczenia i egzaminu powinny być realizowane w podobny sposób dla wszystkich studentów. Kiedy zaliczenie ma formę testu dla studenta słabowidzącego należy przygotować test w powiększeniu z odpowiednią czcionką, czytelną dla studenta. Jeśli jest osobą niewidomą należy przygotować taki arkusz pytań, który student wypełni przy użyciu komputera.

W przypadku osób niewidomych wskazane jest, aby wykładowca na prośbę studenta zmienił formę pisemną egzaminu na formę ustną, oczywiście z zachowaniem obowiązującego pozostałych studentów materiału (dobrze jest dać studentowi możliwość zdecydowania o korzystniejszej dla niego formie zdania egzaminu, choćby ze względu na czynniki związane z oświetleniem pomieszczenia).

Odbieranie informacji metodami bezwzrokowymi wymaga większej ilości czasu, a więc czas trwania egzaminu powinien być wydłużony o około 50%.

1.8.6. Zajęcia z wychowania fizycznego

Przed każdą formą wysiłku fizycznego, w przypadku osoby z uszkodzeniem narządu wzroku, wskazana jest konsultacja okulistyczna, która określi jaki rodzaj ćwiczeń jest bezpieczny dla studenta, a jaki niewskazany. Warto zapewnić osobie niewidomej przewodnika, który będzie asystował jej przy wykonywaniu różnych aktywności, chociażby w trakcie biegu, nordic walkingu czy zajęć na basenie. Aby umożliwić studentom z dysfunkcją narządu wzroku pełny dostęp do udziału w zajęciach pomocny byłby zakup różnych sprzętów sportowych, takich jak: piłki z dzwoneczkami (grzechotkami) wewnątrz, które pozwalają na ustalenie toru ich poruszania się i zlokalizowania, szelki dla przewodnika czy rower typu tandem itp. Ponadto można angażować studentów do takich form

ruchu, które dopuszczalne są dla większości, jak np. nordic walking. Na rynku dostępnych jest również wiele gier dostosowanych do potrzeb niewidomych, dzięki czemu osoby te mogą korzystać z zajęć, np. gra w szachy, chińczyk, domino dotykowe, kółko i krzyżyk. Sprzęt ten warto umieścić w miejscach spotkań i odpoczynku dla studentów.

Bibliografia

- 1 Adamowicz-Hummel A. (2001). *Postępowanie się wzrokiem przez dzieci słabo widzące*. W: S. Jakubowski, Poradnik dydaktyczny dla nauczycieli, realizujących podstawę programową w zakresie szkoły podstawowej i gimnazjum z uczniami niewidomymi i słabo widzącymi. Warszawa: Ministerstwo Edukacji Narodowej.
- 2 Gawińska E. (2016). *Epidemiologia*. W: F. Raciborski, M. Gujski, Choroby oczu – problem zdrowotny, społeczny oraz wyzwanie cywilizacyjne w obliczu starzenia się populacji. Warszawa: Raport Instytutu Ochrony zdrowia, s. 34–45. https://spartanska.pl/wp-content/uploads/raport_choroby_oczcu.pdf.
- 3 Hill-Bator A., Misiuk-Hojto M. (2009). *Diagnostyka różnicowa zmian na dnie oka istotnych dla neurologa i okulisty*. *Polski Przegląd Neurologiczny*, 5(3), s. 130–134.
- 4 https://journals.viamedica.pl/polski_przeglad_neurologiczny/article/view/19962
- 5 Jankowska S. (2016). *Albinizm w Polsce. Przyczyny, leczenie oraz jakość życia ludzi dotkniętych tą chorobą*. *Studenckie Zeszyty Naukowe. Kosmetologia*, 1 (1), s. 145–167 https://wsiiiz.pl/dokumenty/wydawnictwo/publikacje/kosmetologia_ebook.pdf#page=145
- 6 Kłopotowska A. (2016). *Doświadczenie przestrzeni w rehabilitacji osób z dysfunkcją narządu wzroku. Sztuka a tyflorehabilitacja*. Białystok: Oficyna Wydawnicza Politechniki Białostockiej.
- 7 Kotowski S. (2008). *Przewodnik po problematyce osób niewidomych i słabowidzących*. Warszawa: Fundacja Polskich Niewidomych i Słabowidzących Trakt.
- 8 Majewski T. (2001). *Dzieci z uszkodzonym wzrokiem i ich edukacja*. W: S. Jakubowski, Poradnik dydaktyczny dla nauczycieli realizujących podstawę programową w zakresie szkoły podstawowej i gimnazjum z uczniami niewidomymi i słabo widzącymi. Warszawa: Ministerstwo Edukacji Narodowej.

- 9 Muszyńska A, Nadaj A. (2001). *Retinopatia wcześniacza*. Nowa Pediatria, 2, s. 32–37.
- 10 Paplińska M. (2008). *Konsekwencje wynikające z braku wzroku*. W: M. Paplińska, Edukacja równych szans, uczeń i student z dysfunkcją wzroku – nowe podejście, nowe możliwości. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- 11 Pierzchalska-Mudyna T., Malik H., Adamek R. (2018). *Jakość życia pacjentów z jaskrą*. Kutno: Wyższa Szkoła Gospodarki Krajowej w Kutnie.
- 12 http://wydawnictwo.wsgk.com.pl/wp-content/uploads/biblioteka_pomocy/ksiazka_3_wsgk.pdf
- 13 Raciborski F., Gujski M. (2016). *Choroby oczu jako istotny problem społeczny*. W: F. Raciborski, M. Gujski, Choroby oczu – problem zdrowotny, społeczny oraz wyzwanie cywilizacyjne w obliczu starzenia się populacji. Warszawa: Raport Instytutu Ochrony Zdrowia, https://spartanska.pl/wp-content/uploads/raport_choroby_oczu.pdf.
- 14 Sękowska Z. (1985). *Pedagogika specjalna. Zarys*. Warszawa: PWN.
- 15 Sękowska Z. (1998). *Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej*. Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej.
- 16 Tracz M., Łukasiak E., Oleksiak E., Brackenridge B., Rudnicka A. (1999). *Edukacja niewidomych i słabowidzących chorych na cukrzycę*. Warszawa: Katedra i Klinika Gastroenterologii i Chorób Przemiany Materii AM.
- 17 Walkiewicz-Kurtak M. (2015). *Współczesne przyczyny dysfunkcji wzroku małych dzieci. Implikacje złożonej etiologii dla praktyki terapeutycznej*. W: B. Szczupał, A. Giryński, G. Szumski, W poszukiwaniu indywidualnych dróg wspierających wszechstronny rozwój osób z niepełnosprawnością. Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej.



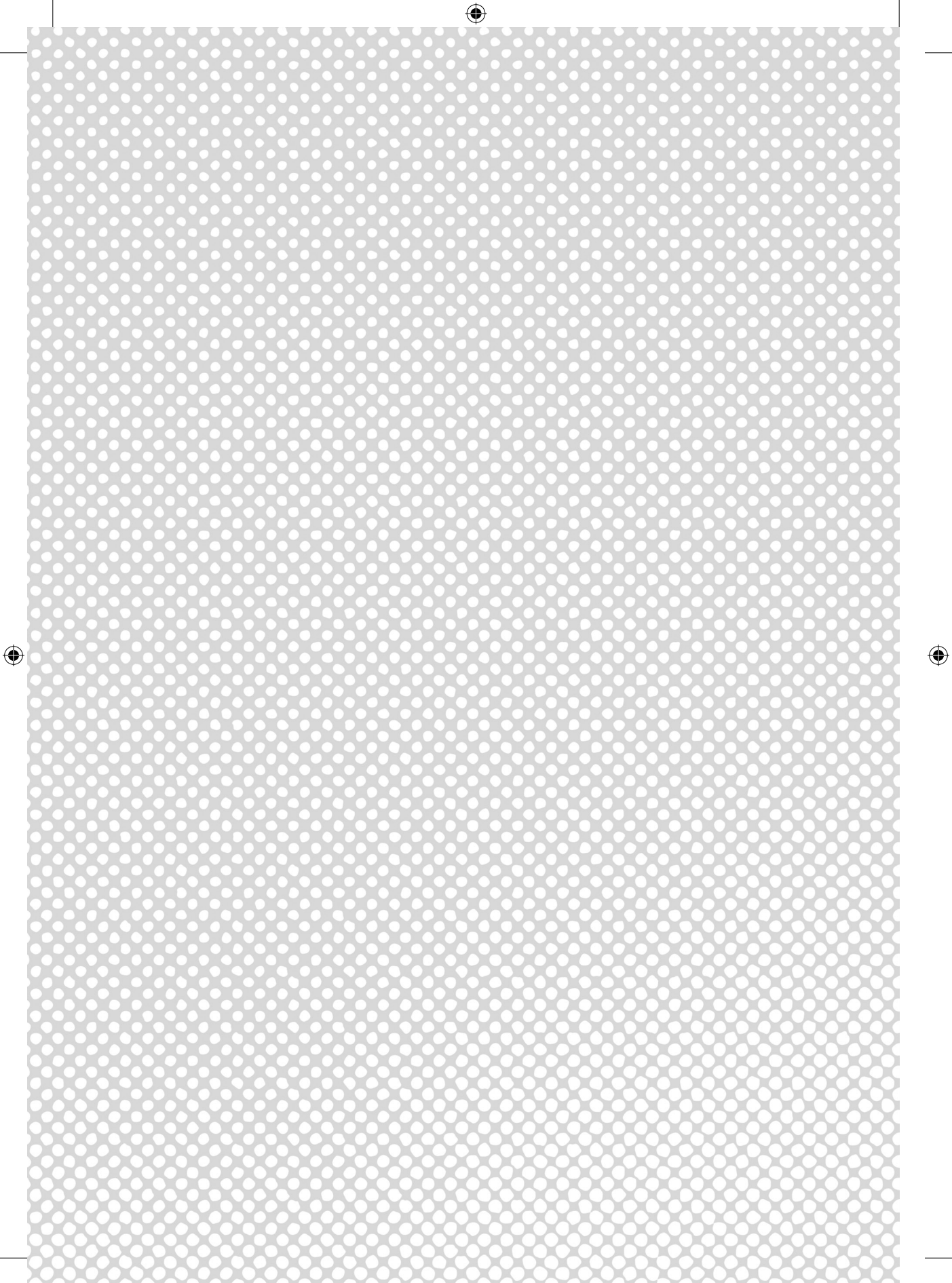
ROZDZIAŁ

2

NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ NARZĄDU SŁUCHU

Aleksandra Włodarczak*

* Aleksandra Włodarczak, mgr zdrowia publicznego, tłumacz i lektor polskiego języka migowego, aleksandra.wlodarczak@gmail.com



2.1. Student słabosłyszący i głuchy

Środowisko osób słabosłyszących i głuchych to bardzo różnorodna grupa. Jest to efekt wpływu wielu czynników, zarówno medycznych jak i społecznych. Znajomość i zrozumienie tych czynników pozwoli na świadomy kontakt interpersonalny oraz pomoże dopasować komunikację do indywidualnych potrzeb tej grupy społecznej. Czynniki te determinują także preferowany sposób komunikacji: osoba może posługiwać się językiem fonicznym lub językiem wizualno-przestrzennym, czyli językiem migowym. Posługiwanie się językiem jest kluczem w rozwoju każdego człowieka. Zarówno języki foniczne jak i migowe dają pełną możliwość rozwoju danej osoby.

Słuch pełni ważną rolę w życiu osób słyszających. Pozwala na naukę mowy werbalnej oraz umożliwia w sposób naturalny przyswojenie języka fonicznego jako języka ojczystego. Uczestnicy konwersacji korzystają z kanału audytywnego, co umożliwia komunikację pomiędzy osobami tworzącymi społeczność. Osoby nieodbierające dźwięków lub też te, u których jest to znacznie utrudnione w komunikacji opierają się na kanale wizualnym. Posługują się językiem migowym, pełnoprawnym sposobem komunikacji nieodbiegającym i niezależnym od języków fonicznych.

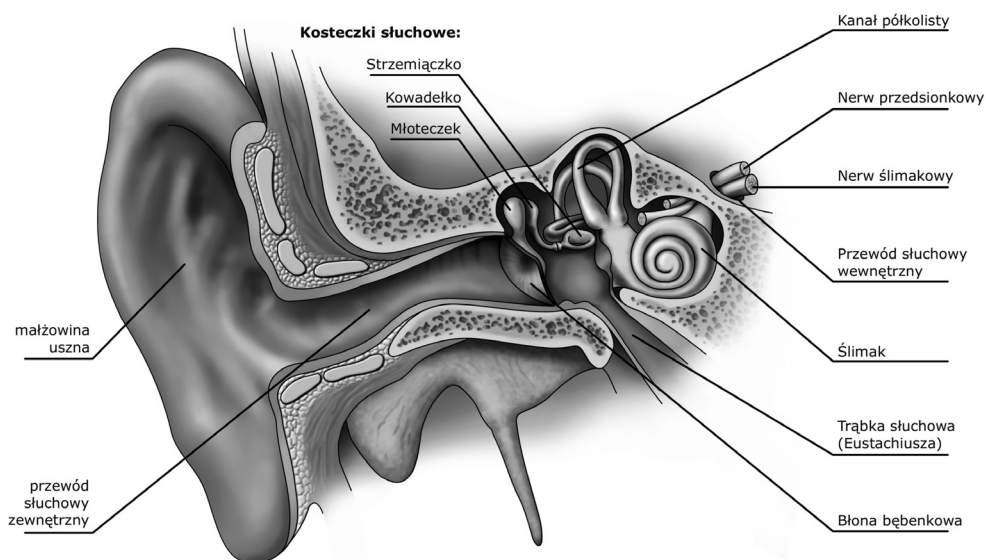
Istnieją także sytuacje, w których osoba z uszkodzonym słuchem funkcjonuje w obu kanałach komunikacyjnych lub też wręcz przeciwnie – nie posługuje się żadnym językiem. Może to być efekt wynikający z różnych przyczyn, które również zostaną opisane.

2.2. Uszkodzenie słuchu – kontekst medyczny

Narząd słuchu jest jednym ze zmysłów człowieka. Choć jest mały, to posiada niezwykle skomplikowaną budowę. Umożliwia nam odbieranie bodźców dźwiękowych z otaczającego nas świata. Początkowo są to fale akustyczne przechwycone przez małżowinę uszną, które w dalszej drodze słuchowej

są zmieniane na impuls bioelektryczny dekodowany w mózgu. Pozwalają nam definiować dźwięki dochodzące z różnych stron. Ich lokalizacja wspiera też orientację przestrzenną.

RYSUNEK 7. Budowa ucha



Źródło: P. Grenda, O. Kosiba, Leksykon języka migowego, Bogatynia 2011, s. 9.

TABELA 1. Narząd słuchu – budowa i rola ucha zewnętrznego, środkowego i wewnętrznego

| UCHO ZEWNĘTRZNE | UCHO ŚRODKOWE | UCHO WEWNĘTRZNE |
|---|--|---|
| <p>MAŁŻOWINA USZNA – odpowiedzialna za odbiór fali akustycznej ze środowiska zewnętrznego, wspiera lokalizowanie źródła dźwięku).</p> <p>PRZEWÓD SŁUCHOWY ZEWNĘTRZNY – przekazuje i wzmacnia falę akustyczną, chroni ucho środkowe od czynników zewnętrznych,</p> | <p>BŁONA BĘBENKOWA – oddziela ucho zewnętrzne od ucha środkowego, odbiera fale akustyczne i zamienia je na drgania mechaniczne.</p> <p>JAMA BĘBENKOWA – przestrzeń za błoną bębenkową ograniczona ścianą kostną ucha wewnętrznego.</p> | <p>ŚLIMAK – zawiera w sobie błędnik oraz narząd Cortiego, tzw. właściwy narząd słuchu. Zawiera komórki rzęsatę, które zamieniają falę akustyczną na sygnał bioelektryczny.</p> <p>PRZEDSIONEK</p> |

utrzymuje sprężystość błony bębenkowej dzięki zachowaniu odpowiedniej wilgotności i temperatury.

KOSTECZKI SŁUCHOWE (MŁOTECZEK, KOWADEŁKO, STRZEMIĄCZKO) –

odbierają drgania z błony bębenkowej i przekazują je do okienka owalnego.

TRĄBKA SŁUCHOWA –

wyrównuje ciśnienie powietrza pomiędzy uchem zewnętrznym a uchem środkowym.

PRZESTRZENIE POWIETRZNE WYROSTKA SUTKOWATEGO

TRZY KANAŁY PÓŁKOLISTE –

znajdują się w błędniku. Wypełnione są przychłonką.

NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY (N. VIII) –

składa się z części przedsionkowej oraz ślimakowej. Zawierają w sobie dwubiegunowe komórki nerwowe. Ich wypustki obwodowe są skierowane do błędnika, natomiast dośrodkowe do mózgowia.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: A. Pruszewicz (red.), Audiologia kliniczna. Zarys., Poznań 2010. oraz M. Śliwińska-Kowalska (red.), Audiologia kliniczna, Łódź 2005.

Prócz samego ucha, można wyróżnić także ośrodki słuchu w ośrodkowym układzie nerwowym (OUN).

2.3. Zaburzenia słyszenia

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) szacuje, że 5% całej ludności na świecie ma uszkodzony słuch i wymaga rehabilitacji. Jest to bardzo zróżnicowana grupa osób, więc środowisko medyczne posługuje się różnymi klasyfikacjami w celu określenia przyczyny utraty słuchu i jego stopnia.

Do najczęstszych zalicza się poziom ubytku słuchu podawany w decybelach.

Międzynarodowe Biuro Audiofonologii (BIAP) przyjęło podział uszkodzeń słuchu o stopniu (Bartnikowska 2010, s. 23):

- lekkim – ubytek słuchu pomiędzy 20 a 40 dB,
- umiarkowanym – ubytek słuchu pomiędzy 40 a 70 dB,
- znacznym – ubytek słuchu pomiędzy 70 a 90 dB,
- głębokim – ubytek słuchu powyżej 90 dB.

W zależności od miejsca powstania uszkodzenia słuchu można wymienić także uszkodzenia o charakterze (Szczepankowski 1999, s. 74):

1 OBWODOWYM:

- **PRZEWODZĄCYM** – uszkodzenie o charakterze ilościowym, o stopniu lekkim lub umiarkowanym, na ogół równomiernie na wszystkich częstotliwościach, zlokalizowane w uchu zewnętrznym lub środkowym. Dźwięki są mniej słyszalne, bez zniekształcenia dźwięku lub z delikatnym zniekształceniem;
- **ODBIORCZYM** – uszkodzenie o charakterze jakościowym, od stopnia lekkiego po głębokie. Zróżnicowane w zakresie różnych częstotliwości. Uszkodzenie może być ślimakowe lub pozaślimakowe (n. VIII) oraz może wystąpić także w centralnej części. Powoduje znaczne utrudnienia w komunikacji werbalnej;
- **MIESZANYM** – występuje jednocześnie uszkodzenie przewodzące i odbiorcze.

2 CENTRALNYM; Centralne Zaburzenia Przetwarzania Słuchowego (CAPD) – może wystąpić w połączeniu z uszkodzeniem o charakterze obwodowym, a także w sytuacji, gdy droga słuchowa jest prawidłowa. Problemem jest dekodowanie informacji w mózgu.

W kontekście lingwistycznego rozwoju mowy werbalnej u dzieci wymienia się podział na wadę słuchu (Krakowiak 2007, s. 107):

- **PRELINGWALNĄ** – uszkodzenie, które powstało przed 2.-3. r.ż., przed okresem nabycia mowy werbalnej. Osoby takie nie przyswoją języka fonicznego w sposób naturalny;
- **PERILINGWALNĄ (INTERLINGWALNĄ)** – uszkodzenie, które powstało przed 3.-5. r.ż., dziecko rozpoczęło mówić werbalnie, ale nie opanowało jeszcze w pełni języka fonicznego (zarówno w zakresie słownictwa, jak i w zakresie gramatyki);
- **POSTLINGWALNĄ** – uszkodzenie, które powstało po 5. r.ż., niektóre źródła podają także 6.-7. r. ż., ale osoba już opanowała mowę werbalną. Osoba taka nazywana jest osobą ogłuchłą.

Biorąc pod uwagę okres życia człowieka, można wyróżnić główne czynniki powodujące utratę słuchu lub głuchotę (World Health Organization).

- **W OKRESIE PRENATALNYM** – czynniki genetyczne oraz zakażenia wewnątrzmaciczne, choroby matki.

Wśród czynników genetycznych można wyróżnić: dziedziczenie autosomalne dominujące (Zespół Alporta, Möbiusa), recesywne (Zespół Ushera, Pendreda, Rundela), głuchota genetyczna w formie izolowanej (dziedziczenie z chromosomem X). Do uszkodzeń słuchu przyczyniają się

infekcje z grupy TORCH w ciąży (toksoplazmoza, kiła, różyczka, cytomegalia, zakażenie wirusem HSV). W sytuacji, gdy do zakażenia dochodzi w okresie pierwszych 16. tygodni może to powodować uszkodzenie słuchu typu odbiorczego (Niedzielska 2005, s. 353).

Wśród chorób matki można wymienić cukrzycę, niedoczynność tarczycy, hiperlipidemię, niewydolność nerek.

- **W OKRESIE OKOŁOPORODOWYM** – niska waga urodzeniowa, niedotlenienie, ciężka żółtaczką w okresie noworodkowym, inne choroby okołoporodowe.

Uszkodzenie słuchu w okresie okołoporodowym może nastąpić zarówno w obrębie mózgowia, a także ucha wewnętrznego. Podczas problemu z wydostaniem dziecka z dróg rodnych, stosowane są kleszcze, próżnościąg lub też pomoc ręczna. Przy wystąpieniu urazu może nastąpić krwotok wewnątrzczaszkowy, co może spowodować krwotok w uchu wewnętrznym. To z kolei powoduje uszkodzenie narządu Cortiego. Przedłużający się czas porodu powoduje niedotlenienie, a w konsekwencji może nastąpić uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego (OUN), głównie jądra ślimakowego. Powoduje to uszkodzenie o charakterze odbiorczym (Pruszewicz 2010, s. 363).

Kolejnym z czynników zwiększających ryzyko uszkodzenia słuchu jest niska waga urodzeniowa. Dlatego szczególnie narażone są wcześniaki z niską masą urodzeniową, które dzięki postępowi medycyny przeżywają znacznie częściej niż kiedyś. Niska waga – poniżej 1500 g – powoduje jednak dwukrotnie większe ryzyko uszkodzeń słuchu niż waga powyżej 2500 g (Pruszewicz 2010, s. 363).

Wśród chorób wirusowych niosących za sobą ryzyko uszkodzenia słuchu można wymienić m.in. świnkę i odrę, które powodują niedosłuch odbiorczy.

- **W OKRESIE DZIECIŃSTWA I DORASTANIA** – przewlekłe infekcje ucha, gromadzenie się płynu w uchu, zapalenie opon mózgowych i inne infekcje.

Szczególnie w okresie dzieciństwa słuch jest narażony na uszkodzenie. Powodem tego są przede wszystkim częste przewlekłe infekcje ucha, które nieleczone mogą powodować trwałe uszkodzenia słuchu.

- **W OKRESIE DOROSŁOŚCI I STAROŚCI** – choroby przewlekłe, palenie, otoskleroza, zwyrodnienie czuciowo-nerwowe związane z wiekiem, nagła utrata słuchu zmysłowo-nerwowego (World Health Organization).
- **niezależnie od okresu** – czop woskowinowy, uraz ucha lub głowy, głośny hałas/głośne dźwięki, ototoksyczne leki oraz chemikalia związane

z pracą, niedobory żywieniowe, infekcje wirusowe i inne choroby ucha, opóźniony początek lub postępująca genetyczna utrata słuchu (Prusze-
wicz 2010, s. 363).

Nie zawsze jest możliwe określenie etiologii uszkodzenia słuchu, choć jest to pomocne przy ustaleniu dalszego postępowania medycznego. Powyższe czynniki mogą determinować preferencje językowe u osoby słabosłyszącej lub głuchej, ale istotnym czynnikiem jest także środowisko. Ważnym zadaniem jest więc zwiększanie świadomości społeczeństwa na temat zapobiegania głuchocie i utracie słuchu oraz promowanie ochrony słuchu i uszu na całym świecie (World Health Organization).

2.4. Osoby słabosłyszące i głuche – kontekst społeczny i kulturowy

Osoby słabosłyszące i głuche rozwijają się całkowicie prawidłowo, jeśli mają dostęp do języka oraz pełny dostęp do edukacji. Brak odbioru bodźców dźwiękowych lub też znaczne ich ograniczenie nie wpływa na pogorszenie możliwości poznawczych, emocjonalnych czy psychicznych. Polski język migowy (PJM) jest naturalnym i pełnoprawnym językiem z własną, niezależną od języka polskiego składnią gramatyczną. W przeciwieństwie do języków fonicznych, które bazują na kanale audytywnym, języki migowe bazują na kanale wzrokowym.

Fakt, że dana grupa posługuje się tym samym językiem powoduje, że tworzy się pewna odrębna społeczność. Dzięki wspólnym doświadczeniom, historii, więziom społecznym i wielu łączących ją aspektom wytworzyła się kultura Głuchych. Głusi przynależni do niej nie czują się niepełnosprawni, czują się wręcz dumni ze swojej odmienności językowo-kulturowej i słowo *Głuchy* zapisywane jest wtedy wielką literą (Świdziński 2015, s. 69–82).

Osoba, która medycznie może być zaklasyfikowana jako słabosłysząca, może się tożsamościowo definiować jako Głucha i nie jest to zależne od wyniku audiogramu. Jednocześnie osoba, która medycznie jest głucha może czuć się niepełnosprawna i nie znać PJM, wtedy nie jest to osoba kulturowo Głucha.

Międzynarodowy Dzień Głuchych i Języka Migowego jest to święto obchodzone od 1958 roku w ostatnią niedzielę września. Aktualnie dzień ten jest zwieńczeniem całego Tygodnia Głuchych. W czasie tym szczególnie promuje się kulturę Głuchych, ale także ważną częścią jest zwrócenie uwagi na problemy wynikające z życia w społeczeństwie słyszącym – czyli większościowym.

Spoleczności posługujące się językiem migowym wytworzyły społeczność kulturową, a ich przedstawiciele – głusi – nie czują się niepełnosprawni. Grupa ta podejmuje wiele działań zmierzających do uznania języków migowych jako języków pełnoprawnych, na równi z językami fonicznymi. Jest to jedna z inicjatyw walki z dyskryminacją w różnych sferach życia tej grupy społecznej i w wielu krajach już to się udało.

2.5. Różnorodność funkcjonowania osób słabosłyszących i głuchych

2.5.1. Słyszenie i definiowanie dźwięku

Biorąc pod uwagę cały wachlarz charakterystyki uszkodzeń słuchu, nie można jednoznacznie stwierdzić, na jakim poziomie dana osoba słyszy. Klasyfikacja medyczna to często jedna strona. Warto podejść do każdego studenta indywidualnie i brać pod uwagę także jego subiektywne odczucia odbierania dźwiękowego. Słyszenie odbywa się na różnych częstotliwościach. To, że dana osoba słyszy jakieś dźwięki nie jest równoznaczne z prawidłowym definiowaniem dźwięku czy rozumieniem mowy werbalnej.

2.5.2. Mowa werbalna

Narząd artykulacyjny jest ściśle powiązany z narządem słuchu, stąd osoby, u których występuje ubytek słuchu, mogą mieć problemy w mowie werbalnej. Osoby, które lepiej słyszą najczęściej mają wyraźniejszą mowę, choć oczywiście są wyjątki. U osób, które mają wyższe ubytki słuchu, ta mowa może być **ZABURZONA NIEZNACZNIE** (zrozumienie możliwe bez problemu), **NIECO POWAŻNIEJ** (zrozumienie mowy wymaga większego skupienia u odbiorcy, może wystąpić prośba o powtórzenie), może też być **BARDZO ZNIEKSZTAŁCONA** (tu raczej występują poważniejsze problemy w zrozumieniu), ale także może wystąpić **CAŁKOWITY BRAK MOWY WERBALNEJ**. Nie jest jednak niemożliwe, aby osoba głucha od urodzenia nauczyła się mówić, jednakże jest to długi proces terapii logopedycznej. Czynnikiem wpływającym na to, czy mowa werbalna się rozwinie jest wiele, a sam proces nie jest łatwy. Są osoby, które świadomie podejmują decyzję, że nie chcą używać swojego głosu w komunikacji i należy to uszanować. Warto jednak pamiętać, że umiejętność mowy werbalnej nie jest wyznacznikiem intelektu (Krakowiak, Krakowiak 2011, s. 24).

2.5.3. Czytanie i pisanie w języku polskim

Dla osób, które mają znacznie utrudnione odbieranie dźwięków w częstotliwości pasma mowy, przyswojenie języka fonicznego w sposób naturalny jest niemożliwe. Osoby powinny uczyć się wtedy języka fonicznego jak języka obcego. Są to założenia dwujęzyczności, czyli dla dziecka pierwszym (L1) ojczystym językiem jest język migowy. Jest on dla niego naturalny w odbiorze, bo bazuje w komunikacji na kanale wzrokowym. Gdy już mózg funkcjonuje językowo, dziecko może uczyć się kolejnych języków (L2, L3 itd.). Czynniki werbalizacji języka polskiego będzie zależny od powyższego opisu mowy werbalnej. Ze względu na problemy w edukacji osób słabosłyszących i głuchych, poziom ich wykształcenia jest często niski. Nie wpływa na to głuchota, lecz jest to efekt braku dostępu do języka pierwszego oraz odpowiedniej edukacji. Osoby te mogą popełniać błędy językowe na wielu płaszczyznach, zarówno w odniesieniu do wyrazów (definiowania znaczenia, odmiany przez przypadki, złe dopasowanie końcówki fleksyjnej, złe użycie w kontekście), jak i niezrozumiałych form gramatycznych, środków stylistycznych itp. (składnia, związki frazeologiczne, metafory, idiomy).

2.5.4. Znajomość języka migowego

Może być to znajomość polskiego języka migowego (PJM), dla części osób będzie to język pierwszy (L1) i mogą się nim posługiwać na bardzo wysokim poziomie, a część osób może go przyswoić jako język obcy. W takim przypadku poziom biegłości językowej może być bardzo zróżnicowany. Część osób, szczególnie słabosłyszących, może wspierać się systemem językowo-migowym (wykorzystują znaki PJM jako wsparcie przy wypowiedzi zgodnie z zasadami gramatycznymi języka polskiego). Należy to uszanować, ale jednocześnie pamiętać, że nie jest to język migowy.

2.5.5. Znajomość języków obcych

Osoby słabosłyszące i głuche uczą się języków obcych, zarówno języków fonicznych, jak i języków migowych. Może zdarzyć się sytuacja, w której osoba głucha pochodząca z Polski będzie lepiej posługiwać się językiem angielskim niż polskim. Wynika to z poziomu trudności języka polskiego. Najważniejsze jest, aby nie utrudniać dostępu do innych języków pod warunkiem pierwszeństwa dla języka polskiego. W zależności od możliwości artykulacyjnych, osoba może też posługiwać się językiem obcym w mowie.

2.5.6. Elementy wspomagające słyszenie (aparat słuchowy, implant słuchowy)

Osoby słabosłyszące i głuche korzystają z różnych form wsparcia słuchowego. Zaliczyć można do nich głównie aparaty słuchowe oraz implanty słuchowe (najbardziej popularne w odbiorze społecznym są implanty ślimakowe, nie są to jednak jedyne typy.) Aparaty słuchowe są nieinwazyjnym wsparciem słyszenia. Można je w każdym momencie zdjąć lub założyć. Ważne jest prawidłowe dopasowanie aparatu i regularne wizyty u protetyka w celu odpowiedniego ustawienia. Implanty nie są bezinwazyjne, ponieważ składają się z dwóch zasadniczych części – jednej wprowadzanej operacyjnie oraz drugiej – procesora mowy, który swoim wyglądem przypomina zauszny aparat słuchowy. Osoba posiadająca aparat słuchowy lub implant może odbierać różne korzyści słuchowe. Nie jest to jednak jednoznaczne ze słyszeniem, a już z pewnością nie jest to przywrócenie słuchu jak u osoby słyszącej.

2.6. Przykładowe mity na temat osób głuchych i słabosłyszących oraz języka migowego

Jak krzyknę, to usłyszysz

Bardzo często zdarza się, że do osób słabosłyszących czy głuchych ktoś krzyczy. Osoby głuche, które nie odbierają dźwięków mowy werbalnej, nie skorzystają z tego sposobu. Będą za to czuły się bardzo niekomfortowo, gdy otaczające je osoby zwrócą nagle uwagę na zaistniałą sytuację. U osób słabosłyszących poziom odbierania mowy werbalnej (i co najważniejsze – definiowania mowy) jest bardzo zróżnicowany. Dla części osób korzystanie z aparatu słuchowego czy implantu nie oznacza prawidłowego rozumienia dźwięku w częstotliwości pasma mowy. Jeśli sprzęt pomaga im odbierać dźwięki, to może to spowodować ból. Osoby te, mając wyregulowany aparat czy implant do określonego poziomu dźwięku, mogą odczuć ból przy nagłym mocnym dźwięku. W przypadku komunikacji z osobami, które mają swój słuch na tyle dobry lub dzięki aparatom czy implantom słyszą lepiej i definiują mowę werbalną, wystarczy mówić wyraźnie, nie za cicho, ale też nie należy krzyczeć. Należy pozostawić odsłonięte usta, tak aby osoba mogła się wspierać czytaniem z ruchu ust. W przypadku osób mówiących szybko, zalecane jest zwolnienie, ale nie może to być przesadnie wolna, nienaturalna mowa (Kołodziejczyk 2011, s. 37–38).

Ma oczy to przeczyta – po co coś tłumaczyć na język migowy?

Ten mit wiąże się często z brakiem świadomości, jak ludzie przyswajają język. Osoby, które nie odbierają mowy werbalnej z powodu uszkodzenia narządu słuchu, nie są w stanie przyswoić języka fonicznego w sposób naturalny. Powinny one być uczone języka polskiego jako języka obcego. Niestety surdopedagogika tego nie uwzględnia, a sama edukacja jest na bardzo niskim poziomie. Kończąc polskie szkoły, osoby te zwykle nie funkcjonują dobrze w języku polskim. Treść jest dla nich często niezrozumiała. Tłumaczenie na polski język migowy pozwala zapoznać się z treścią w języku, którym posługują się natywnie.

Uszkodzenie słuchu łączy się z niepełnosprawnością intelektualną

Uszkodzenie słuchu utrudnia lub całkowicie uniemożliwia odbiór dźwięków. Nie wpływa to na procesy poznawcze i ich nie zaburza. Czynnikiem kluczowym dla rozwoju człowieka jest dostęp do języka. Jest to narzędzie, dzięki któremu człowiek może się uczyć, tworzyć społeczność, a także rozwijać swoje pasje i zainteresowania. Deprywacja językowa może wpłynąć negatywnie na rozwój poznawczy oraz emocjonalno-psychiczny danej osoby. Mit mówiący, że osoby głuche czy słabosłyszące są niepełnosprawne intelektualnie, jest bardzo powszechny, najprawdopodobniej ze względu na problemy w pisowni w języku polskim. Pomimo ukończenia polskiej szkoły i bycia obywatelem Polski, osoby te popełniają błędy gramatyczne, mają problemy w rozumieniu treści w języku polskim. Jest to jednak efekt deprywacji językowej oraz słabej edukacji.

Innym czynnikiem powodującym ten stereotyp jest niekontrolowanie wydobywanych dźwięków przez osobę słabosłyszącą czy głuchą. Najczęściej jest to chęć werbalizacji, ale nie wszystkie osoby mają świadomość, na ile wyraźna jest ich mowa. Czasami są to bliżej nieokreślone dźwięki nieskładające się w wyrazy.

Język migowy jest ubogi, nie można w nim wszystkiego przekazać

Języki migowe (wizualno-przestrzenne) są pełnoprawnymi językami. Polski język migowy ma swoją gramatykę, odrębną i niezależną od języka polskiego. Jest to język żywy, który dynamicznie się rozwija. Posiada formy ikoniczne (wizualne oddanie rzeczywistości), jak też arbitralne (niezależne od wizualnej rzeczywistości). Można w nim wyrazić formy abstrakcyjne oraz specjalistyczne. To od poziomu biegłości językowej nadawcy jak i odbiorcy zależy, na jak wysokim poziomie odbywa się rozmowa. Naturalnie, aby prowadzić konwersację w zakresie tematów specjalistycznych, obie strony rozmowy muszą znać dany temat.

*Tłumacz z pewnością pomaga studentowi,
gdy ten nie zna odpowiedzi*

Profesjonalny tłumacz polskiego języka migowego jest zobligowany do postępowania zgodnie z etyką tłumacza. Nie ma możliwości, aby wspierał studenta podczas zdawania egzaminów, odpowiadania na pytanie itp. Rolą tłumacza jest wiernie i bezstronnie tłumaczyć wypowiedzi z języka polskiego na polski język migowy oraz z polskiego języka migowego na język polski. Czasami sytuacja komunikacyjna wymaga dopytania lub upewnienia się, czy dobrze została zrozumiana osoba głucha czy słysząca przez tłumacza i to może spowodować wymianę dodatkowej informacji.

2.7. Savoir-vivre wobec osób głuchych

Savoir-vivre to przede wszystkim znajomość zwyczajów, form towarzyskich i obowiązujących reguł grzeczności w danej grupie. Poza wspólnymi i społecznie akceptowanymi zachowaniami obowiązującymi wszystkich ludzi, w odniesieniu do grupy Głuchych istnieją specyficzne zachowania, o który należy pamiętać przy nawiązywaniu kontaktu z tą grupą. Przede wszystkim podstawą komunikacji jest kontakt wzrokowy. Jest to kanał odbioru informacji u osób słabosłyszących i głuchych.

Najczęściej wykorzystywanymi metodami, aby prawidłowo nawiązać kontakt wzrokowy są:

- machnięcie ręką;
- delikatne dotknięcie ramienia;
- mrugnięcie światłem;
- wibracje przeniesione przez stół, podłogę;
- skorzystanie z pomocy osoby trzeciej.

Zerwanie kontaktu wzrokowego powoduje przerwanie komunikacji i należy jak najszybciej zadbać o to, aby ten kontakt odzyskać.

Podczas rozmowy z osobą głuchą czy słabosłyszącą należy zwrócić uwagę, aby:

- zwracać się bezpośrednio do rozmówcy, a nie do tłumacza języka migowego, jeśli jest obecny przy rozmowie;
- nie przechodzić między rozmawiającymi ze sobą migającymi osobami, powoduje to przerwanie kontaktu wzrokowego i zerwanie komunikacji;
- patrzeć się na rozmówce, a nie tylko na jego dłoń;

- skupić się na rozmowie i nie zajmować inną czynnością, np. nie zaglądać do telefonu;
- nie zasłaniać twarzy podczas rozmowy, nie palić papierosów, nie żuć gumy, a także nie odwracać głowy;
- poprosić o powtórzenie, jeśli nie zrozumieliśmy informacji przekazywanej przez rozmówcę;
- być cierpliwym i życzliwym, gdyż rozmowa z osobą głuchą czy słabosłyszącą może wymagać więcej czasu i odpowiedniej przestrzeni oraz przestrzegania określonych zasad, na które w komunikacji z osobą słyszącą nie zwracamy uwagi;
- zapytać naszego rozmówcę, jeśli nie mamy pewności, czego potrzebuje i czy jesteśmy dobrze przez niego rozumiani.

AUDYZM

Audyzm jest to pojęcie stosunkowo młode w Polsce i dotyczy dyskryminacji osób głuchych i słabosłyszących. Takim słowem określa się wyższość osób słyszących, chęć narzucania osobom słabosłyszącym i głuchym jak mają żyć oraz proponowania im rozwiązań, które słyszacy uważają za słuszne, bez wystuchania głosu zainteresowanych. Każde zachowanie, działanie pozbawiające osób słabosłyszących i głuchych równego traktowania jest audyzmem.

2.8. Przykładowe zadania uczelni w ramach zapewnienia osobom z niepełnosprawnością narządu słuchu warunków do pełnego udziału w procesie przyjmowania na studia, w procesie kształcenia i prowadzeniu działalności naukowej

W zapewnieniu pełnej dostępności uczelni do potrzeb i możliwości osób z niepełnosprawnościami, w tym osób głuchych i słabosłyszących kluczowe jest holistyczne podejście, które obejmie funkcjonowanie całej społeczności akademickiej (od procedur administracyjnych przez infrastrukturę, technologie wspierające, aż po kompetencje kadry i studentów).

2.8.1. Strona internetowa

Strona internetowa uczelni jest często pierwszym miejscem, w którym można zapoznać się z ofertą kształcenia. Dostępna strona, stworzona zgodnie ze standardem WCAG 2.1., powinna uwzględniać także tłumaczenie wszelkich treści na polski język migowy, tak aby było to miejsce prawdziwie dostępne dla osób słabosłyszących i głuchych. Uwzględnienie tekstu prostego również w sposób znaczący zwiększy komfort tej grupy studentów. Wszelkie pliki audio powinny mieć transkrypcję oraz tłumaczenie na PJM. W przypadku materiałów wideo powinny to być napisy pełne oraz tłumaczenie na PJM. W zakładce Kontakt trzeba uwzględnić sposób pozawerbalny. Samo zapewnienie kontaktu przez e-mail nie jest wystarczające, jeżeli poczta nie jest sprawdzana na bieżąco z szybką reakcją. Warto umożliwić kontakt SMS, dzięki czemu czas reakcji może ulec przyspieszeniu. Sposób pozawerbalny powinien być obsługiwany w takim samym czasie co rozmowy werbalne. Ponadto na stronie należy umieścić łatwe do odnalezienia informacje o Akademickim Centrum Wsparcia Osób z Niepełnosprawnościami, a także na każdej odsłonie strony na dole Deklarację Dostępności.

2.8.2. Dostępność architektoniczna

Choć dostępność architektoniczna w głównej mierze kojarzy się z niepełnosprawnością w zakresie poruszania, to są elementy zwiększające dostępność pomieszczeń dla osób słabosłyszących i głuchych. Głównym i najważniejszym elementem związanym bezpośrednio z bezpieczeństwem tych osób jest alarm przeciwpożarowy (oraz inne, jeśli występują) w ramach oznaczeń świetlnych. Dotyczy to zarówno budynku administracyjno-dydaktycznego jak i domów studenckich, w których przebywa student.

Biorąc pod uwagę specyfikę przemieszczania się osób posługujących się polskim językiem migowym warto, w przypadku budowy lub remontu (jeśli jest to możliwe), zwiększyć szerokość korytarzy, nie stosować ostrych kantów na narożnikach ścian – lepsze będą zaokrąglenia, a także zwiększyć ilość przeszkleń zamiast pełnych ścian. To umożliwi szybszą komunikację. Wspomniane elementy nie są kluczowe, ale zwiększają komfort komunikacyjny.

2.8.3. Administracja

Biorąc pod uwagę konieczność załatwiania wielu spraw administracyjnych w uczelni warto, aby w miejscach obsługi studentów zapewnić pełną dostępność informacyjno-komunikacyjną. Absolutnym minimum w tym zakresie będą

dziekanaty, biblioteki oraz Akademickie Centrum Wsparcia Osób z Niepełnosprawnościami. W punktach tych powinny być pętle indukcyjne oraz tłumacz on-line. Student ma prawo przyjść w obecności asystenta, warto zatem tak urządzić przestrzeń, aby było miejsce także dla asystenta.

2.8.4. Usługi transportowe

W zakresie usług transportowych nie przewiduje się specjalnych udogodnień dla osób słabosłyszących i głuchych. Wyjątkiem są sytuacje sprzężeń niepełnosprawności, jeśli wpływa to na trudności w przemieszczaniu się.

2.8.5. Zwiększanie świadomości środowiska akademickiego dotyczące niepełnosprawności

Jedną z istotnych barier względem osób z niepełnosprawnością narządu słuchu są bariery mentalne, wynikające z braku wiedzy na temat funkcjonowania tej grupy. Warty uwagi są więc zaawansowane szkolenia z poszczególnych zagadnień dotyczących różnych schorzeń, których celem byłoby podniesienie kompetencji całej kadry uczelni oraz studentów w zakresie edukacji włączającej. Szkolenia te powinny obejmować każdego pracownika, niezależnie od obejmowanego stanowiska, a mającego kontakt bezpośredni ze studentami lub też pośredni – wpływając na pracę uczelni. Uczestnicy takich szkoleń powinni zapoznać się ze specyfiką relacji interpersonalnych ze studentami słabosłyszącymi oraz głuchymi. Ponadto jednym z kluczowych tematów, jakie należałoby przedstawić to współpraca z tłumaczem PJM. Warto na szkolenia przeznaczyć odpowiednią ilość czasu, tak aby prócz teorii móc też przeprowadzić część warsztatową. Takie szkolenia warto zaproponować pracownikom uczelni (nauczycielom, dydaktycznym, administracyjnym, obsługi), ale także studentom. Dzięki profesjonalnie przeprowadzonym szkoleniom znacznie zwiększy się świadomość pracowników i studentów w tej tematyce, co w sposób bezpośredni przełoży się na zmianę postaw, a w konsekwencji zapewnieni większą dostępność.

Dobrą praktyką jest zapewnienie studentom słabosłyszącym i głuchym kursów języka polskiego jako obcego. W tekście opisano już problemy edukacyjne w surdopedagogice, co przekłada się na umiejętności posługiwania się językiem polskim. Może to bardzo pozytywnie wpłynąć na jakość nauki oraz wyniki edukacyjne studenta.

2.8.6. Wsparcie psychologiczne

Uczelnia, dbając o zdrowie psychiczne swoich studentów, powinna zapewniać dostęp do pomocy psychologicznej. Aby pomoc ta spełniała wymogi dostępności, musi być zapewniona pełna komunikacja. Najlepiej, aby był to psycholog posługujący się biegle polskim językiem migowym. Jest to jednak bardzo trudne, ponieważ takich specjalistów trudno znaleźć. W takich sytuacjach należy skorzystać z pomocy profesjonalnego tłumacza. Niezależnie od sposobu komunikacji (bezpośredniej czy w asyście tłumacza), psycholog musi znać tematykę i specyfikę funkcjonowania społeczności osób słabosłyszących i głuchych, znać zasady kultury Głuchych, a także znać najczęstsze czynniki powodujące zaburzenia zdrowia psychicznego.

2.8.7. Technologie wspierające

Umiejętność wykorzystania technologii wspierających jest zależna często od finansów, ale ważniejszym czynnikiem jest świadomość i specjalistyczna wiedza w tym obszarze. Dzięki zorganizowaniu szkoleń czy też konsultacji w tej tematyce można dokonać wyboru i dopasować optymalne rozwiązania technologiczne. Szkolenie takie jest istotne dla pracowników uczelni oraz studentów.

2.8.8. Wypożyczalnia sprzętu specjalistycznego

Dobłą praktyką jest, gdy uczelnia ma możliwość usług wypożyczalni sprzętu specjalistycznego dla studentów słabosłyszących i głuchych. Osoby korzystające z aparatów słuchowych czy implantów mają często problem z selekcją dźwięków. W takich sytuacjach może ich wesprzeć system FM, który uczelnia może wypożyczyć. Dużym wsparciem dla studenta może być także możliwość wypożyczenia laptopa, a także dyktafonu. Dyktafon umożliwi nagranie zajęć, a plik będzie mógł przekazać asystentowi w celu sporządzenia transkrypcji. W przypadku specjalnego oprogramowania, które jest wymagane podczas zajęć student powinien mieć również możliwość z jego bezpłatnego korzystania.

2.8.9. Proces rekrutacji na studia

Rekrutacja na studia powinna cechować się dostępnością uwzględniającą specyfikę osób słabosłyszących i głuchych. Wymagania rekrutacyjne oraz ogólnie przyjęte zasady powinny być jednakowe dla wszystkich studentów.

Wszelkie informacje powinny być przetłumaczone na PJM, a w punkcie rekrutacyjnym warto, aby obecny był tłumacz PJM, a jeśli nie jest obecny

osobiście to dostępny powinien być tłumacz online. Może to okazać się konieczne przy wypełnianiu dokumentów, zapoznawaniu się z regulaminem czy z innymi treściami.

Warto, aby uwzględnić w formularzach informację o szczególnych potrzebach preferowanych przez Kandydata, m.in. tłumacz PJM, asystent dydaktyczny, system FM itp. Pomoże to usprawnić organizację pracy.

W ramach wsparcia przy wyborze kierunku studiów przez Kandydata warto zapewnić kontakt z konsultantem rekrutacyjnym ds. Osób z Niepełnosprawnościami.

2.8.10. Zajęcia dydaktyczne

Doświadczenie głuchoty nie jest uniwersalne, co wpływa na różne potrzeby w zakresie dostępności. Znajomość wszystkich czynników pozwoli na lepsze dostosowanie zajęć do potrzeb studentów. Pewne rzeczy są uniwersalne i nie przeszkadzają w prowadzeniu zajęć, nawet gdy nie są obecni studenci słabosłyszący i głusi.

2.8.11. Indywidualne dostosowania studiów

Każdy student słabosłyszący i głuchy może skorzystać z indywidualnej organizacji studiów, w tym w uzasadnionych przypadkach może skorzystać z zajęć indywidualnych. Decyzja o wsparciu jest ustalana z konsultantem edukacyjnym Indywidualnego Dostosowania Studiów. Może być ona przeznaczona pod wybrane przedmioty lub też dotyczyć wszystkich.

Planując zajęcia ze świadomością obecności słabosłyszącego lub głuchego studenta z pewnością należy wziąć pod uwagę salę, w jakiej mają się odbywać zajęcia. Wskazane, by sale nie miały pogłosu, natomiast powinny być wyposażone w pętle indukcyjne (zalecana jest co najmniej jedna taka sala na wydziale). Należy też zapewnić możliwość skorzystania z systemu FM. Student powinien zająć miejsce wygodne dla siebie i to on o tym decyduje. Wykładowca powinien brać pod uwagę zasady współpracy ze studentem słabosłyszącym lub głuchym dobierając metody i formy pracy.

Dobrze jest także zaplanować przerwy w odpowiedniej częstotliwości – student słyszający może polegać na zmienności aktywności podczas uczestniczenia w zajęciach, natomiast student słabosłyszący i głuchy jest bardzo obciążony wizualnie. W przypadku zasygnalizowania przez studenta potrzeby uczestniczenia w dodatkowych zajęciach uzupełniających warto zaplanować takie wsparcie.

2.8.12. Materiały dydaktyczne

Wszelkie materiały dydaktyczne powinny spełniać wymogi dostępności. Dużym wsparciem jest przekazanie treści teoretycznych studentowi w pliku – ułatwi to robienie notatek i powtarzanie materiału. Należy umożliwić korzystanie z usług ksero, które uczelnia zapewnia bezpłatnie, na przykład w Akademickim Centrum Wsparcia Osób z Niepełnosprawnościami.

Wszelkie materiały audiowizualne trzeba opatrzyć pełnymi napisami. W przypadku chęci nagrania zajęć na nośnik cyfrowy należy zgłosić ten fakt przy Indywidualnym Dostosowaniu Studiów. Zajęcia są nagrywane w celu sporządzenia transkrypcji przez asystenta. Nagrania te nie mogą być upubliczniane i przekazywane innym osobom (z wyłączeniem osoby wykonującej transkrypcję). W razie konieczności uczelnia dokonuje zakupu dedykowanych materiałów dydaktycznych w dostępnej formie. Taką potrzebę może zgłosić student oraz wykładowca.

2.8.13. Tłumacz PJM

Student ma prawo wystąpić z wnioskiem o zapewnienie tłumacza PJM. Tłumacz ten jest zaangażowany podczas zajęć dydaktycznych, zaliczeń, egzaminów oraz konsultacji. Wykładowca musi znać zasady współpracy ze studentem słabosłyszącym i głuchym, a także z tłumaczem PJM. Ustalając zajęcia z obecnością tłumacza PJM należy wziąć pod uwagę odpowiednie miejsce dla niego, czyli: dobre oświetlenie, blisko osoby prowadzącej zajęcia, kontakt wzrokowy tłumacza ze studentem.

Tłumacz ma prawo zapoznać się z materiałem przed zajęciami, a wykładowca ma obowiązek go udostępnić (warto uwzględnić czas, optymalnie tydzień wcześniej, nie później niż 3 dni przed planowanymi zajęciami). Materiał przekazany tłumaczowi służy tylko i wyłącznie do przygotowania się translatorycznego i nie może być udostępniany osobom trzecim. Tłumacz ma prawo zadać pytanie w przypadku wątpliwości co do pełnego zrozumienia. Tylko pełne zrozumienie tematu umożliwi wiarygodne tłumaczenie na PJM.

Wykładowca przy każdym zadaniu musi uwzględniać dostępność dla głuchych i słabosłyszących studentów (materiały audio, wideo, praca w grupach, zadania nie mogą wymagać werbalizacji od studenta, gdyż nie każda osoba mówi werbalnie). Warto, aby na prezentacji uwzględniono imiona i nazwiska osób, do których odnosi się wykładowca, a także nazwy własne czy wyrazy obcojęzyczne.

Tłumacz nie jest stroną – pośredniczy w komunikacji, jednakże należy pamiętać, że jest zobligowany do postępowania zgodnie z zasadami etyki. Tłumacz nie jest studentem, a więc treści dotyczące studenta powinny być omawiane ze studentem, a nie tłumaczem. W przypadku uwag, zastrzeżeń dotyczących pracy tłumacza należy z nim o tym rozmawiać bezpośrednio.

2.8.14. Asystent dydaktyczny

Prócz tłumacza student głuchy i słabosłyszący ma prawo do usług asystenta dydaktycznego. Nie jest to tożsame z tłumaczem. Jego zakres obowiązków jest inny. Nie musi znać polskiego języka migowego, choć jest wskazane, by znał. Przede wszystkim sprawą kluczową jest robienie notatek z zajęć oraz transkrypcji do nagranego materiału dźwiękowego (Domagała-Zyśk 2013, s. 81–82). Osoba korzystająca z tłumacza PJM lub wspierająca się czytaniem z ruchu warg nie ma możliwości samodzielnie prowadzić notatek podczas zajęć, gdyż odbiera mowę w sposób wizualny. Asystent nie jest studentem, a więc treści dotyczące studenta powinny być omawiane ze studentem, a nie asystentem. W przypadku uwag, zastrzeżeń dotyczących pracy asystenta należy z nim o tym rozmawiać bezpośrednio.

2.8.15. Zajęcia z wychowania fizycznego

Sprawność fizyczna studentów słabosłyszących i głuchych może być zróżnicowana. Samo uszkodzenie narządu słuchu nie powoduje zaburzeń w zakresie sprawności fizycznej. Wyjątkiem może być problem z prawidłowym funkcjonowaniem błędnika, co będzie powodować zaburzenia równowagi. Warto uwzględnić to podczas prowadzonych zajęć. Wiele osób słabosłyszących i głuchych odnosi sukcesy w sporcie, a więc warto rozeznąć się w posiadanych umiejętnościach i w miarę możliwości uczelni wspierać ich w dalszym rozwoju oraz angażować do reprezentowania uczelni w zawodach sportowych.

Ponadto w uczelni powinny być organizowane zajęcia z wychowania fizycznego dostępne dla osób ze szczególnymi potrzebami, uwzględniające możliwości wynikające z różnych schorzeń.

2.8.16. Lektoraty języków obcych

Uwzględnienie zasad współpracy ze studentem głuchym i słabosłyszącym jest niezwykle ważne podczas lektoratów (Domagała-Zyśk 2013, s. 82–84). Zajęcia są prowadzone przez wykwalifikowaną kadrę i lektor musi znać specyfikę współpracy ze studentami słabosłyszącymi i głuchymi.

Nauka języków obcych opiera się na sprawności językowej receptywnej (odbiór komunikatu – słuchanie oraz czytanie) oraz produktywnej (nadanie komunikatu – mówienie i pisanie). Podczas procesu dydaktycznego należy brać pod uwagę zróżnicowane funkcjonowanie osób słabosłyszących i głuchych w zakresie słyszenia i mówienia werbalnego. W przypadku niemożności nadania/odebrania komunikatu drogą słuchową/werbalną, student ma prawo być zwolniony z tych części. Grupa dydaktyczna nie powinna być większa niż 4 osoby. Podczas nauki należy aktywnie korzystać z nowoczesnych technologii, w tym m.in. tablic multimedialnych. Uczelnia zapewnia możliwość uczestniczenia w lektora- cie indywidualnym w wymiarze dwóch godzin dydaktycznych tygodniowo.

Każdemu studentowi słabosłyszącemu i głuchemu przysługuje szczególny tryb i warunki weryfikacji wiedzy. Wynika to również z zakresu wsparcia. Student powinien mieć możliwość wystąpienia o zmianę formy egzaminu z ustnej na pisemną (szczególnie istotne dla osób nieposługujących się mową werbalną lub też, gdy sprawia im to trudność). Student może mieć zapewnioną obecność tłumacza polskiego języka migowego. Biorąc pod uwagę fakt, że język polski to – dla większości osób słabosłyszących i głuchych – język obcy, należy dać możliwość wydłużenia czasu egzaminów czy zaliczeń w wymiarze 50% czasu standardowego. W przypadku oceniania prac pisemnych, ocenie podlega wartość merytoryczna. Wszelkie błędy w pisowni (gramatyczne, ortograficzne, interpunkcyjne) nie powinny mieć wpływu na ostateczną ocenę (Kołodziejczyk 2011, s. 35–37).

2.9. Zasady postępowania w sytuacjach nauczania zdalnego

Sytuacja związana z pandemią koronawirusa SARS-CoV-2 pokazała, że każdy człowiek musiał zmienić dotychczasowe przyzwyczajenia oraz przenieść swoje życie zawodowe czy edukacyjne do sieci. Nie było to łatwe, ale musieliśmy nauczyć się funkcjonować zdalnie.

W przypadku przeniesienia zajęć uczelnianych w tryb on-line, zarówno wykładowcy, jak i studenci muszą poznać dobrze sferę techniczną. Zaczyna się to od podstawowych spraw, tj. obsługi programu. Niezależnie od tego, czy będzie to program/platforma dedykowana dla danej uczelni czy też będzie to komercyjne rozwiązanie (np. MS Teams, Zoom itp.), należy zadbać o przeszkolenie osób korzystających z rozwiązania.

Kluczowe jest też upewnienie się, że sprzęt pozostający w dyspozycji wykładowcy czy studenta słabosłyszącego/głuchego jest wystarczająco dobrej jakości, aby minimalizować możliwość wystąpienia problemu technicznego.

W odbiorze dla studentów słabosłyszących czy głuchych ważna jest m.in. jakość odbioru obrazu (kamera, jeśli wbudowana nie spełnia oczekiwań ważne, aby podłączyć lepszej jakości kamerę zewnętrzną), jakość dźwięku (mikrofon, jeśli wbudowany niewystarczająco przesyła dźwięk, warto zabezpieczyć zewnętrzną). Sieć internetowa jest często niezależna od uczelni, jeśli jest to miejsce zamieszkania studenta czy wykładowcy, jednakże warto udostępnić pomieszczenie na uczelni. Osoba zainteresowana będzie mogła wtedy dokonać wyboru, które miejsce pozwoli jej lepiej odebrać edukację.

Podczas już trwających zajęć, w przypadku studentów słabosłyszących lub głuchych, należy przestrzegać poniższych wskazówek:

- Podczas zajęć powinny być włączone kamery, tak aby student słabosłyszący czy głuchy mógł obserwować osoby wypowiadające się.
- Zalecane jest, aby mikrofony poza osobą przemawiającą były wyłączone. Po zgłoszeniu chęci wypowiedzi następuje włączenie mikrofonu, a po zakończeniu wypowiedzi ponowne jego wyłączenie. Zminimalizuje to szumy i dźwięki z otoczenia, które utrudniają prawidłowe odczytywanie informacji.
- Wykładowca musi zadbać o dobre oświetlenie twarzy – umożliwi to także wspieranie się czytaniem z ruchu ust, dla osób które z tego korzystają. Ponadto będzie możliwe odczytanie elementów niewerbalnych.
- Osoby wypowiadające się powinny patrzeć w kamerę podczas wypowiedzi. Obracanie się powoduje utrudnienie odbioru treści przez osoby głuche czy słabosłyszące.
- Osoby wypowiadają się pojedynczo.
- W przypadku pojawiania się pytań czy wypowiedzi na czacie, do których wykładowca chciałby się odnieść, zalecane jest, aby przeczytał daną wypowiedź, a następnie odpowiedział czy dodał komentarz. Umożliwi to tłumaczowi zapewnienie logiki tłumaczenia.

W przypadku korzystania z materiałów audiowizualnych trzeba uwzględnić dostępność cyfrową. Materiał powinien zawierać pełne napisy. Warto uwzględnić tłumaczenie na polski język migowy. W przypadku udostępniania materiału wideo należy pamiętać o wyłączeniu wszystkich mikrofonów, tak aby dźwięk nie nakładał się na siebie tworząc pogłos.

Podczas połączeń student ma możliwość korzystania z tłumaczenia treści na polski język migowy (PJM). W tym celu tłumacz musi mieć swoje konto na platformie. Aby było wygodniej szukać tłumacza na liście, zaleca się wpisanie w nazwę **TŁUMACZ PJM**. Zasady współpracy pozostają te same co w przypadku współpracy na żywo.

Do sytuacji utrudniających, które mogą wystąpić przy zajęciach zdalnych należą wszelkie zacięcia internetu – tłumacz powinien wtedy zasygnalizować problem i poprosić o powtórzenie. W przypadku dużej liczby osób, problemem może okazać się odnalezienie okna z tłumaczem – warto przypiąć widok pinetką. Nie sprawdzi się to jednak przy demonstrowaniu czegoś przez wykładowcę lub przedstawianiu prezentacji.

Tłumacz może też potrzebować chwili na odszukanie studenta, gdy ten będzie chciał coś zamigać. Warto ustalić zasadę, że chęć zabrania głosu powinno się zaznaczyć na czacie, tak aby tłumacz mógł się zorientować w przypadku braku kontaktu wzrokowego, spowodowanego dużą liczbą osób.

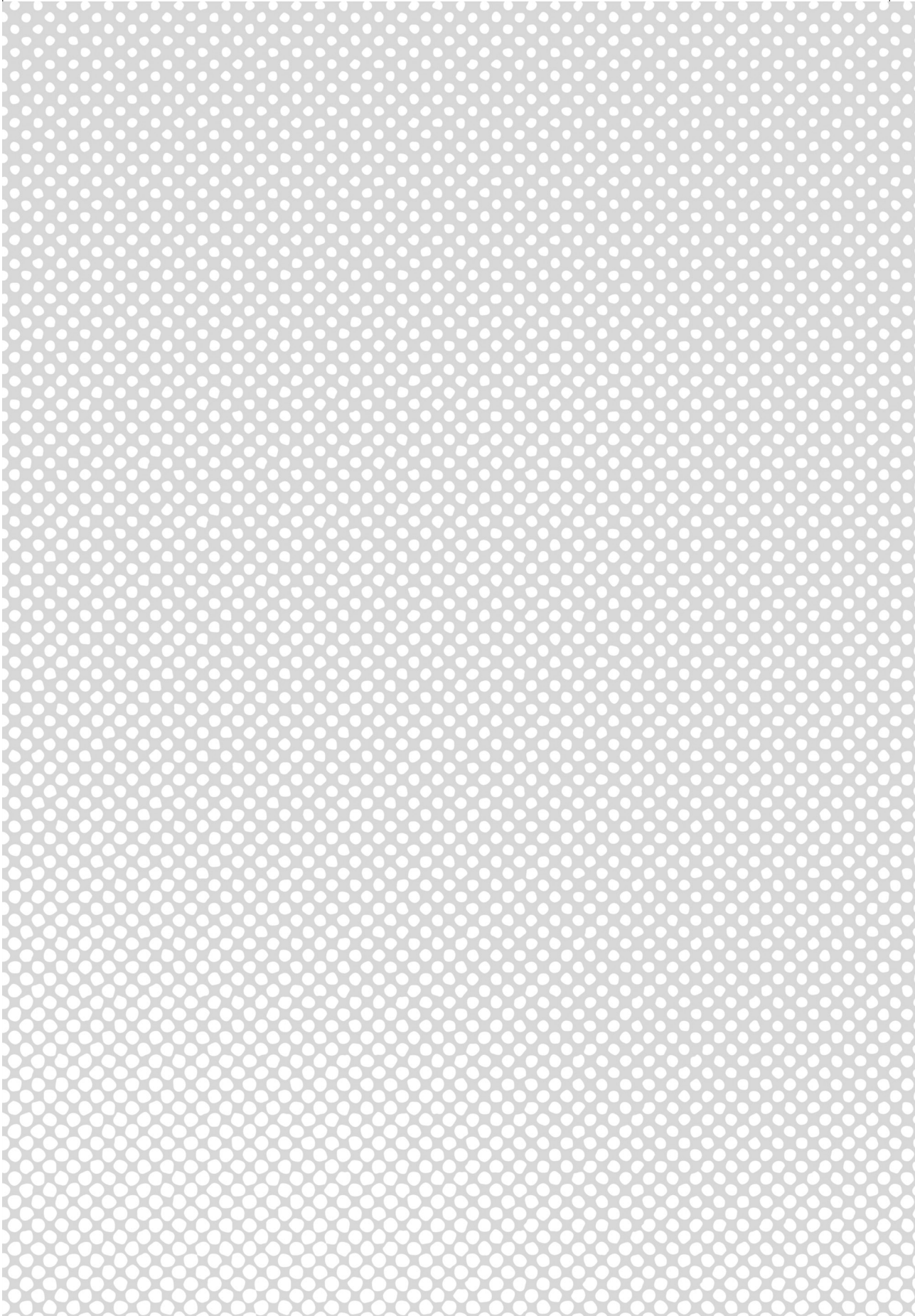
W przypadku zgłaszanych problemów przez studentów, należy niezwłocznie podjąć działania w celu zniwelowania występujących problemów.

Ważnym jest też monitorowanie dostępu do zasobów w przypadku pandemii. Zadania, które są zlecane studentom, muszą uwzględniać ograniczone możliwości dostępu m.in. do bibliotek czy innych miejsc, np. podczas realizowania praktyk. Stały kontakt oraz pełny przepływ informacji pomogą uniknąć trudnych sytuacji.

Prócz oczywistego dbania o zdrowie somatyczne człowieka, należy również brać pod uwagę jego zdrowie psychiczne, którego kryzysom sprzyja izolacja. Jeśli chodzi o zakres różnorodnego i adekwatnego wsparcia dla poszczególnych studentów ze szczególnymi potrzebami, to szczególnie zadanie BON-ów, czy Akademickich Centrów Wsparcia Osób z Niepełnosprawnościami. Warto jednak, aby uwagę na ten aspekt zwracał każdy pracownik uczelni. Wszelka pomoc powinna uwzględniać preferencje komunikacyjne studenta. Mądrze wprowadzona dostępność umożliwi osobom słabosłyszącym i głuchym zdobyć lepsze wykształcenie, a co za tym idzie zwiększyć swoją konkurencyjność na rynku pracy. Wpływa to też bezpośrednio na ich jakość życia oraz podnosi poczucie własnej wartości.

Bibliografia

- 1** Bartnikowska U. (2010). *Sytuacja społeczna i rodzinna słyszących dzieci niesłyszących rodziców*. Toruń: Wydawnictwo Edukacyjne „Akapit”.
- 2** Domagała-Zyśk E. (2013). *Wielojęzyczni. Studenci niesłyszący i słabosłyszący w procesie uczenia się i nauczania języków obcych*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- 3** Grenda P., Kosiba O. (2011). *Leksykon języka migowego*. Bogatynia: Silentium.
- 4** Kołodziejczyk R. (2011). *Osoba z uszkodzeniem słuchu w komunikacji interpersonalnej*. W: K. Krakowiak, R. Kołodziejczyk, A. Borowicz, E. Domagała-Zyśk, Student niesłyszący we wspólnocie akademickiej. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- 5** Krakowiak K. (2007). *Dar języka. Podręcznik wychowania językowego dzieci i młodzieży z uszkodzeniami narządu słuchu*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- 6** Krakowiak K., Krakowiak Ł. (2011). *Trudności niesłyszących jako wyzwanie do odpowiedzialności i ustawicznego dialogu*. W: K. Krakowiak, R. Kołodziejczyk, A. Borowicz, E. Domagała-Zyśk, Student niesłyszący we wspólnocie akademickiej. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- 7** Niedzielska G. (2005). *Głuchota wrodzona*. W: M. Śliwińska-Kowalska, *Audiologia kliniczna*. Łódź: Oficyna Wydawnicza Mediton.
- 8** Pruszewicz A. (2010). *Audiologia kliniczna. Zarys*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UMP.
- 9** Pruszewicz A. (2010). *Etiologia zaburzeń słuchu u dzieci*. W: A. Pruszewicz, *Audiologia kliniczna. Zarys*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UMP.
- 10** Szczepankowski B. (1999). *Niesłyszący – głusi – głuchoniemi. Wyrównywanie szans*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- 11** Śliwińska-Kowalska M. (2005). *Audiologia kliniczna*. Łódź: Oficyna Wydawnicza Mediton.
- 12** Świdziński M. (2015). *Testowanie biegłości językowej w zakresie języków wizualno-przestrzennych*. W: R. Sujecka-Zajac, *Ewaluacja biegłości językowej. Od pomiaru do sztuki pomiaru*. Warszawa: Rada Koordynacyjna ds. Certyfikacji Biegłości Językowej UW.
- 13** World Health Organization, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss> [dostęp: 09.05.2021].
- 14** World Health Organization, <https://www.who.int/campaigns/world-hearing-day> [dostęp: 09.05.2021].





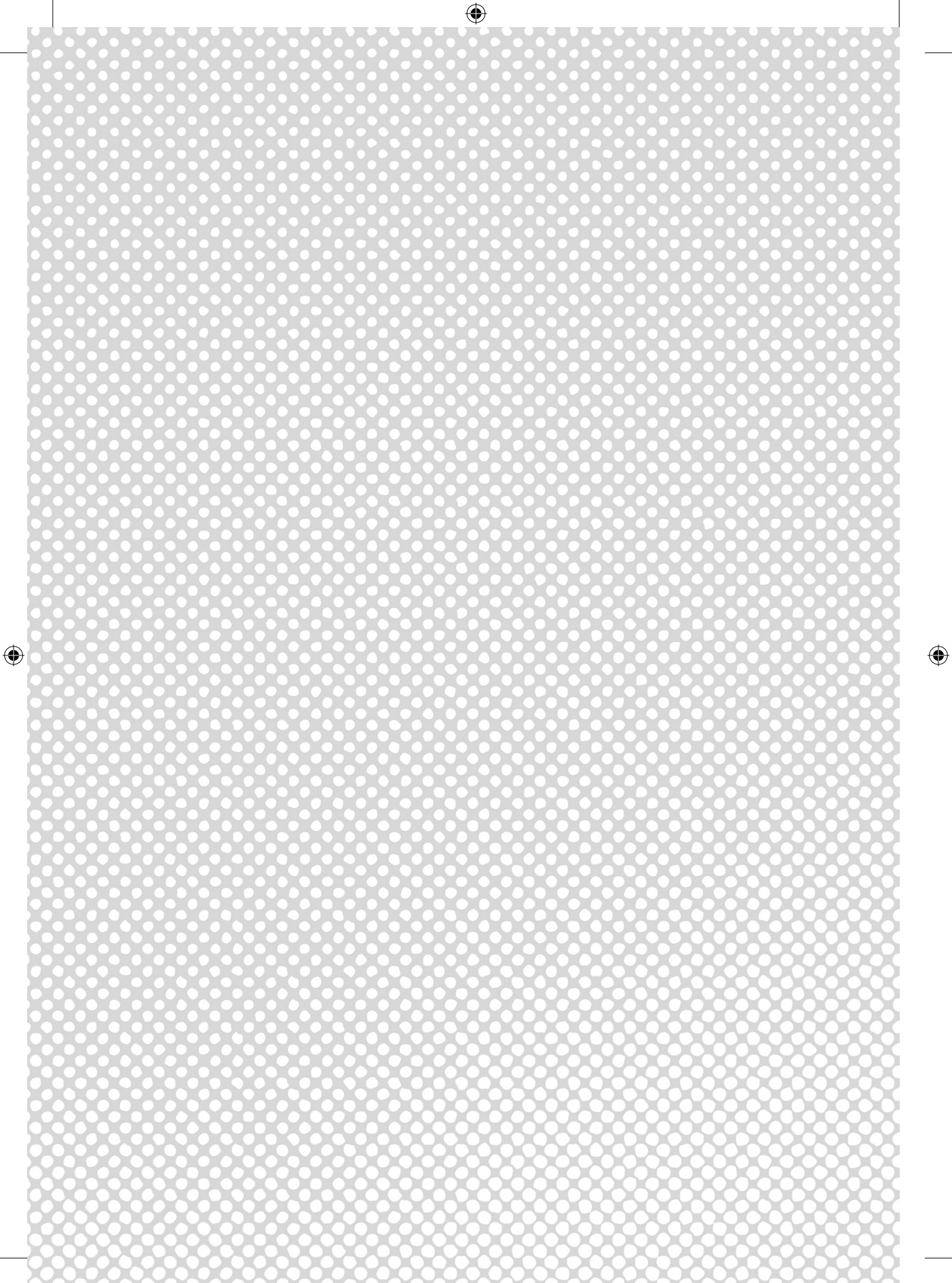
ROZDZIAŁ

3

NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ NARZĄDU RUCHU I EPILEPSJA

Justyna Lech*

* Justyna Lech, mgr fizjoterapii, prowadzi własny gabinet fizjoterapeutyczny,
justyna13.05@tlen.pl



Choroby narządu ruchu dotyczą struktur w organizmie człowieka związanych z czynnością podporową, ruchową i statyką. Najczęstsze schorzenia narządu ruchu to:

- choroby zwyrodnieniowe stawów,
- choroby tkanki łącznej, np. reumatoidalne zapalenie stawów,
- uszkodzenia kręgosłupa i choroby kręgosłupa.

Natomiast choroby upośledzające narząd ruchu to najczęściej:

- udary mózgu,
- guzy mózgu,
- choroby nowotworowe,
- amputacje kończyn.

3.1. Urazy rdzenia kręgowego i kręgosłupa

W Unii Europejskiej w ciągu roku trwałych uszkodzeń kręgosłupa doznaje ok. 130 tysięcy osób, a w Polsce ok. 1300. Około 13% złamań wiąże się z urazem rdzenia kręgowego (Krzyszowska, Mirecka 2018). Głównym zadaniem rdzenia kręgowego jest przewodzenie impulsów pomiędzy mózgiem a układem obwodowym. Jeśli dojdzie do uszkodzenia rdzenia kręgowego, może nastąpić wzmoczenie napięcia mięśniowego, zaburzenie koordynacji ruchowej oraz równowagi (Krzyszowska, Mirecka 2018).

W stopniowaniu urazów rdzenia kręgowego w klasyfikacji neurologicznej wyróżniamy trzy grupy:

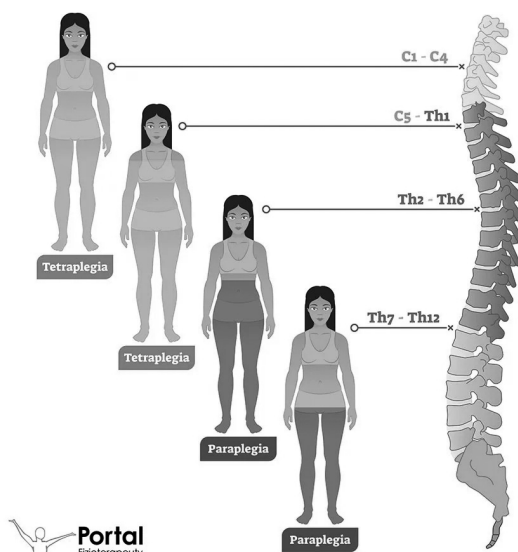
- całkowite uszkodzenie rdzenia,
- częściowe uszkodzenie rdzenia,
- brak lub wycofanie się objawów.

Całkowite uszkodzenie rdzenia objawia się zupełnym zniesieniem czucia powierzchownego i głębokiego, bólu i temperatury od poziomu uszkodzenia w dół oraz czucia ruchu i wibracji, a także reakcji na ciepło i zimno. Jednocześnie dochodzi do porażenia wszystkich grup mięśniowych z poziomu urazu

oraz poniżej tego miejsca, całkowita utrata kontroli nad wypróżnianiem i mikcją (Krzeszowska, Mirecka 2018).

W zależności od wysokości uszkodzenia rdzenia występuje różny zakres dysfunkcji ruchowych. Tetraplegia powstaje na skutek uszkodzenia odcinka szyjnego i powoduje porażenie 4-kończynowe, natomiast w przypadku paraplegii porażeniu ulegają kończyny dolne.

RYSUNEK 8. Podział uszkodzeń kręgosłupa



Źródło: <https://fizjoterapeuty.pl/urazy/paraplegia.html> [dostęp 12.04.2021].

Częściowe uszkodzenie rdzenia kręgosłupa nie pozwala na szybkie określenie ubytków. Niektóre funkcje pod wpływem rehabilitacji mogą częściowo wracać lub pozostać uszkodzone jak przy uszkodzeniu całkowitym. Osoby z całkowitym uszkodzeniem, ale i część osób z częściowym będzie poruszała się na wózku inwalidzkim.

Potocznie nazywani „tetraplegicy” mogą mieć problem ze sprawnym poruszaniem rękoma, a co za tym idzie mogą potrzebować więcej czasu niż zdrowe osoby, aby wyjąć coś z torby, także więcej trudności sprawia im pisanie czy obsługa klawiatury komputera. Oczywiście to wszystko zależy od stopnia uszkodzenia, ale również od czasu jaki minął od urazu.

Natomiast zarówno u tetraplegików i paraplegików występują problemy z wypróżnianiem. Często takie osoby są zaopatrzone w cewniki lub/i pieluchę. Zdarzają się w tej grupie tacy, którzy wyuczyli się reakcji swojego organizmu i funkcjonują bez takiego zaopatrzenia. Ważne jednak, aby otoczenie, w którym znajduje się taka jednostka, miało świadomość, że osoba z uszkodzeniem rdzenia kręgowego również ma potrzebę wyjścia do toalety i nierzadko może się to zdarzyć w trakcie zajęć, spotkania itp. i należy dać jej taką możliwość.

Największymi barierami dla osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego są jednak bariery architektoniczne, np. progi, krawężniki, schody, mało przestrzeni do poruszania się, ale również ciężko otwierające się drzwi do budynków i pomieszczeń. Należy pamiętać o tym, żeby windy miały odpowiednią przestrzeń. Bardzo ważne jest wyczulenie osób sprawnych na to, aby pierwszeństwo korzystania z windy miały osoby z dysfunkcją narządu ruchu. Często zdarza się, że winda jest zajęta przez osoby sprawne, a poruszająca się na wózku nie ma wystarczająco dużo miejsca na wjechanie do niej, a niekiedy nawet osoba chodząca z problemem narządu ruchu nie ma jak do niej wejść.

Osoby poruszające się na wózku inwalidzkim, jak i poruszające się o kulach czy balkoniku, mogą mieć również utrudniony sposób dotarcia na uczelnię czy przemieszczanie się między zajęciami.

3.2. Przepuklina oponowo-rdzeniowa

Jest to wada powstała w życiu płodowym, polegająca na zaburzeniu formowania struktur rdzenia kręgowego i kręgosłupa. Lokalizuje się na przebiegu całej długości kręgosłupa

Część rdzenia kręgowego i nerwów znajduje się poza kanałem kręgowym i widoczna jest w postaci guza na plecach.

Czynniki, które powodują jej powstawanie to np. niedobór witaminy A i E, niedobór kwasu foliowego, niedobór kwasu pantotenowego, niedotlenienie, infekcje wirusowe, promieniowanie jonizujące, chemioterapeutyki.

Skutkiem tej wady jest uszkodzenie dróg nerwowych rdzenia kręgowego. Narządy, które są w uszkodzonym obszarze rdzenia, nie mają odpowiedniego unerwienia wegetatywnego, czuciowego i ruchowego (Żulewska-Fiks 2018).

Osoby z przepukliną oponowo-rdzeniową będą miały problemy z chodzeniem lub zupełnie brak możliwości chodu. Będą również występowały u nich

problemy z kontrolą wypróżniania. Trudności, z jakimi te osoby będą się borykały w życiu zawodowym, społecznym są podobne jak u paraplegików (Żulewska-Fiks 2018).

3.3. Mózgowe porażenie dziecięce (MPD)

Najnowsza definicja przedstawiona przez prof. Ewę Gajewską podkreśla, że mózgowe porażenie dziecięce jest to grupa trwałych zakłóceń procesów w rozwoju.

Zaburzeniom motoryki w MPD towarzyszą zaburzenia czucia, wzroku, słuchu, percepcji, czyli przyjmowania i interpretowania informacji czuciowych i poznawczych. Wtórne mięśniowo-szkieletowe problemy MPD to przykurcze ścięgien i mięśni, zwłknięcie biodra oraz zniekształcenie kręgosłupa (Gajewska 2009).

Zaburzenia intelektualne nie muszą dotyczyć osób z MPD, więc mogą one podejmować normalną pracę oraz kończyć studia na uczelniach wyższych.

Chorzy mogą poruszać się na wózku inwalidzkim, chodzić przy balkoniku lub o kulach, a niekiedy nie będą korzystać z żadnych pomocy. Jednak chód ich może być inny niż osób zdrowych.

Bardzo często występuje wzmoczone napięcie mięśni, co sprawia, że chorzy mają kłopot z precyzyjnymi ruchami i ich poruszanie jest spowolnione. Osoby z MPD najczęściej będą miały przykurczone stawy biodrowe i kolanowe oraz koślawość kolan. W związku z tym występują u nich problemy z pokonywaniem schodów, progów, różnych przeszkód, a chód jest spowolniony (Gajewska, Sobieska, Samborski 2006).

3.4. Udar mózgu

Udar mózgu jest nagłym, ogniskowym, naczyniopochodnym uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego (Raciborski, Gujski 2016, s. 11–12). Do najczęstszych skutków udaru należy niesprawność ruchowa. Podstawowa niesprawność jest związana z utrudnieniem lub niemożnością wykonania czynnego ruchu celowego, upośledzeniem równowagi i pionizacji ciała (Raciborski, Gujski 2016, s. 11–12). Kiedyś myślano, że udary dotyczą tylko ludzi starszych, teraz coraz częściej do udarów dochodzi u dzieci i ludzi młodych.

Najczęstszymi problemami, jakie mają osoby dotknięte udarem to (Pilarska 2005, s. 19–20):

- niedowład (osłabienie siły mięśniowej) lub porażenie jednostronne lub obustronne,
- wzmożone napięcie mięśni,
- brak lub zaburzenie odruchów skórnych,
- zaburzenie równowagi,
- zaburzenie czucia głębokiego,
- zaburzenia mowy (nierozumienie mowy lub niemożność wypowiedzenia słów).

U dzieci i młodzieży udary mózgu występują rzadziej niż u dorosłych, ale są poważnym problemem ze względu na istotne następstwa, takie jak:

- zaburzenia ruchowe,
- napady padaczkowe,
- obniżenie funkcji intelektualnych.

U młodych osób najczęstszymi przyczynami udaru są: choroby serca, zaburzenia metaboliczne, hematologiczne, infekcje oraz przyczyny genetyczne (Pilarska 2005, s. 20–21). Osoby po udarze mózgu mogą poruszać się bez pomocy sprzętu (wózek, kule) lub mogą z niego korzystać. Bez względu na sposób poruszania, problemem będą dla nich progi, schody, brak poręczy.

Naturalnie u osób z porażeniem lub niedowładem ręki wiodącej będzie występował problem z pisaniem.

3.5. Amputacje kończyn

Amputacje, czyli skomplikowane operacje wykonane wtedy, gdy przywrócenie funkcji uszkodzonym tkankom przy pomocy tradycyjnych metod jest niemożliwe, są najczęściej skutkiem wypadków bądź następstwem chorób przewlekłych.

Poziomy amputacji to miejsce, w którym część ciała została odcięta w czasie operacji.

Poziomy amputacji kończyn dolnych:

- amputacja stopy,
- amputacja podudzia,
- wyłuszczenie w stawie kolanowym,
- amputacja uda,
- wyłuszczenie stawu biodrowego.

Poziomy amputacji kończyn górnych:

- amputacja w obrębie ramienia,
- amputacja w obrębie przedramienia.

Większość osób po amputacji będzie posiadała protezy kończyn. Obecnie protezy są różnej jakości i dają różne możliwości posługiwania się nimi.

RYSUNEK 9. Kobieta po amputacji obu kończyn dolnych oraz obu kończyn górnych żyjąca aktywnie



Źródło: <https://weekend.gazeta.pl/weekend/7,150723,27029200,wieden-stolica-w-wielkim-ogrodzie-tu-naprawde-mozna-zlapac.html> [dostęp: 18.04.2021].

Jakość protezy i jej możliwości zależą od ceny i można wyróżnić takie protezy ręki, które pozwalają na precyzyjne ruchy, jednak są one kosztowne i częściej spotkana jest prosta proteza do globalnych ruchów. Podobnie sytuacja wygląda w przypadku protezy kończyn dolnych. Są dostępne na rynku takie, które stworzone są z lekkiego tworzywa ze skomplikowanym mechanizmem pozwalającym na zupełnie normalne funkcjonowanie, jak i takie, przy użyciu których osobom z niepełnosprawnościami trudno jest się poruszać, a więc nierzadko decydują się na wózek inwalidzki.

W przypadku tych schorzeń narządu ruchu oczywiście głównym problemem będą bariery architektoniczne w budynkach i lokomocja.

Osoby ze wszystkimi schorzeniami narządu ruchu mogą mieć problem z samoakceptacją, depresjami i być wyczułone na sposób ich traktowania przez innych. Niestety nadal osoby z niepełnosprawnością narządu ruchu postrzegane są jako mniej produktywne, niezaradne życiowo czy niezdolne do

pracy. Należy pamiętać, iż często wystarczy odrobina pomocy, podobnie jak ludziom w pełni sprawnym. Zwiększanie dostępności w różnych obszarach życia na pewno przyczyni się do poprawy funkcjonowania tej grupy osób.

Inną ważną barierą może być także brak środków materialnych. Warto zainteresować się, czy studiująca osoba z niepełnosprawnością ma niezbędne rzeczy, np. dostęp do komputera, internetu, możliwość dojazdu na zajęcia itp., i w razie potrzeby udzielić wsparcia w tym obszarze.

3.6. Epilepsja (padaczka)

Padaczka należy do chorób, których etiologia jest niejednolita. Może wiązać się z każdą chorobą mózgową i napady mogą towarzyszyć wielu chorobom układowym (Jędrzejczak, Mazurkiewicz-Beldzińska 2018).

Podczas ataku padaczki dochodzi do zaburzenia czynności bioelektrycznej mózgu. Jest to zaburzenie częściowe – trwa maksymalnie kilka minut. Nigdy nie wiemy, kiedy nastąpi, ale jest kilka czynników, które mogą zwiększyć ryzyko pojawienia się ataku. Są to między innymi:

- migające światła,
- migające wzory,
- brak snu,
- wyczerpanie,
- stres,
- nadużywanie alkoholu, leków, zażywanie narkotyków.

Biorąc pod uwagę te wyżej wymienione czynniki, warto pamiętać, aby w przygotowanych prezentacjach w ramach zajęć dydaktycznych unikać migoczących wzorów lub światła lub/i poinformować osoby znajdujące się w sali, że takie obrazy się pojawią, celem uniknięcia wystąpienia ataku (Jędrzejczak, Mazurkiewicz-Beldzińska 2018). W tym miejscu warto zauważyć, że wyróżnia się różne rodzaje padaczki i objawiających się w jej konsekwencji objawów. Nie zawsze atak związany jest z drgawkami całego ciała (najczęściej kojarzone ataki padaczki), niekiedy atak z pozoru wygląda na niegroźne znieruchomienie lub zahamowanie dotychczasowej czynności.

Niełatwym dla studentów z epilepsją będzie również czas sesji egzaminacyjnej, podczas której może zwiększyć się poziom stresu. Należy zwrócić wtedy szczególną uwagę na zachowanie takich osób i podjąć działania minimalizujące zagrożenie wystąpienia ataku. Wsparcie to powinno mieć

indywidualny charakter gdyż to, co dla jednej osoby jest wspierające, dla innej może już takie nie być.

Podczas ataku padaczki może dojść do krótkiego bezdechu, oddania moczu i stolca, szczękościsku, drgawek, utraty świadomości, znieruchomienia, zamroczenia (Jędrzejczak, Mazurkiewicz-Beldzińska 2018). Gdy jesteśmy świadkami ataku padaczki istotnym jest, aby nie panikować. Należy usunąć wszystkie przedmioty, które mogą być niebezpieczne (np. okulary). Najważniejsze w chwili ataku jest zabezpieczenie głowy przed urazem tak, aby w trakcie trwania drgawek nie uderzała ona o podłoże ani o żaden inny twardy przedmiot. Można w takiej sytuacji podłożyć pod głowę coś miękkiego (np. kurtkę, szalik, bluzę itp.). Warto jest też zwrócić uwagę na drożność dróg oddechowych, czy np. nie utkwiło coś w ustach.

Wskazane jest, aby wezwać pogotowie ratunkowe, jeśli nie znamy osoby, która dostała ataku padaczki lub/i po ustąpieniu drgawek nie odzyskała świadomości lub/i atak trwał powyżej 7 minut lub/i doszło do urazu.

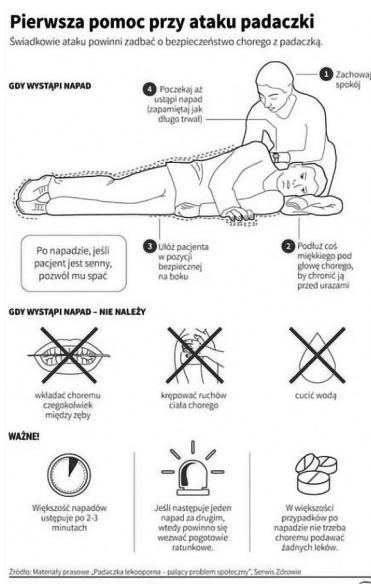
W CZASIE ATAKU NIE WOLNO:

- 1 powstrzymywać drgawek i krępować ruchów,
- 2 otwierać na siłę zaciśniętych szczęk,
- 3 wkładać czegokolwiek między zęby,
- 4 cucić wodą lub innymi płynami,
- 5 robić sztucznego oddychania i podawać płynów.

CO NALEŻY ZROBIĆ W PRZYPADKU ATAKU PADACZKI:

- 1 zadbać o bezpieczeństwo osoby z atakiem (zabezpieczyć, aby nikt nie wszedł na taką osobę, aby nie leżała na ulicy itp.)
- 2 podłożyć coś miękkiego pod głowę, by chronić ją przed urazami,
- 3 ułożyć osobę w pozycji bezpiecznej na boku,
- 4 poczekać przy osobie, aż atak ustąpi i zapamiętać czas jego trwania.

RYSUNEK 10. Schemat postępowania przy pierwszej pomocy w przypadku padaczki



Źródło: <https://pl.pinterest.com/pin/561542647292538630/> [dostęp: 20.04.2021].

3.7. Savoir-vivre wobec osób z niepełnosprawnością narządu ruchu

W kontaktach z osobami z niepełnosprawnościami należy pamiętać o zasadach savoir-vivre, w szczególności o tym, że:

- wózek czy kule należą do strefy osoby z niepełnosprawnością, więc nie opieramy się o nie i nie kładziemy na nie swoich rzeczy, np. na wózek;
- wózek, kule, balkonik czy inny specjalistyczny sprzęt stanowią część przestrzeni osobistej osoby z niepełnosprawnością, więc nie należy bez pytania wchodzić w jego przestrzeń czy dotykać sprzętu bez zgody osoby;
- zanim udzielimy pomocy osobie z niepełnosprawnością narządu ruchu, powinniśmy zapytać, czy w ogóle jej potrzebuje oraz w czym dokładnie możemy pomóc;
- jeśli witamy się z osobami przez podanie ręki, a w grupie tej jest osoba z niedowładem rąk, to możemy zapytać czy możemy ucisnąć jej dłoń;

jeśli natomiast witamy się z osobą, która nie ma prawej ręki, możemy uścisnąć jej lewą rękę;

- miejsca parkingowe, oznaczone kopertą i odpowiednim znakiem drogowym pionowym, przeznaczone są tylko dla osób niepełnosprawnych, które potrzebują więcej miejsca przy wsiadaniu i wysiadaniu z auta, więc nie należy ich zastawiać;
- osoby z ograniczoną sprawnością narządu ruchu mogą potrzebować więcej czasu na wykonanie różnych czynności, dlatego należy im ten czas zagwarantować;
- zanim dotkniemy wózka osoby należy zapytać, czy życzy sobie naszej pomocy i w jaki sposób mamy jej udzielić, aby było to dla niej komfortowe i bezpieczne;
- prowadząc rozmowę z osobą na wózku nie należy przesadnie się nad nią pochylać. Jeśli rozmowa jest dłuższa to warto usiąść tak, aby nasza twarz znajdowała się na wysokości twarzy rozmówcy, a jeśli nie mamy takiej możliwości, warto stanąć w lekkim dystansie, tak aby osoba na wózku nie była zmuszana zbyt długo mieć głowę podniesioną do góry, co może powodować duży dyskomfort i ból szyi;
- jeśli rozmowa dotyczy osoby z niepełnosprawnością, to zwracamy się bezpośrednio do niej, a nie do jej towarzysza lub asystenta. Absolutnie nie należy zwracać się do osób trzecich, gdy chodzi o informacje potrzebne nam od osoby z niepełnosprawnością (np. w restauracji czy u lekarza). Fakt, że osoba ma trudności w poruszaniu nie wpływa na jej zdolność do samostanowienia o sobie czy podejmowania decyzji.

Wyżej wymienione wskazówki to tylko część zasad, których należy przestrzegać w kontaktach z osobami z niepełnosprawnością narządu ruchu. Każdy człowiek jest inny i każdy potrzebuje czegoś innego, dlatego warto podchodzić do każdej osoby indywidualnie. To, czy, i jakiej pomocy człowiek potrzebuje najlepiej wie on sam i warto go o to zapytać przed podjęciem jakiegoś działania. Warto pamiętać, że nawet jeśli coś sprawdza się w przypadku jednej osoby poruszającej na wózku, to przy innej już niekoniecznie.

3.8. Przykładowe zadania uczelni w ramach zapewnienia osobom z niepełnosprawnością narządu ruchu warunków do pełnego udziału w procesie przyjmowania na studia, w procesie kształcenia i prowadzeniu działalności naukowej

W zapewnieniu pełnej dostępności uczelni do potrzeb i możliwości osób z niepełnosprawnościami narządu ruchu kluczowym jest podejście holistyczne, które obejmie funkcjonowanie całej społeczności akademickiej (od procedur administracyjnych przez infrastrukturę, technologie wspierające, aż po kompetencje kadry i studentów). Każdy student ma prawo do korzystania ze wsparcia umożliwiającemu mu pełne uczestnictwo w procesie przyjmowania na studia, w procesie kształcenia oraz prowadzeniu działalności naukowej.

3.8.1. Dostępność architektoniczna

W przypadku osób z niepełnosprawnością narządu ruchu dostępność architektoniczna jest kluczowa w dostępie tej grupy do kształcenia. Wymagane jest więc zniwelowanie wszelkich barier architektonicznych we wszystkich budynkach uczelni, a przede wszystkim tych, gdzie odbywają się zajęcia dydaktyczne, oraz gdzie znajdują się ważne z punktu widzenia studenta miejsca (m.in. biblioteki, dziekanaty, sekretariaty, Akademickie Centrum Wsparcia Osób z Niepełnosprawnościami itp.). Jeśli usunięcie wszelkich przeszkód nie jest możliwe od razu, należy zadbać o to, aby zaplanować zajęcia studentom mającym problemy w poruszaniu się w miejscach dla nich dostępnych.

3.8.2. Administracja

Biorąc pod uwagę konieczność załatwiania wielu spraw administracyjnych na uczelni, wszystkie miejsca obsługi studentów (przede wszystkim: dziekanaty, biblioteki, sekretariaty, Akademickie Centra Wsparcia OzN) powinny znajdować się w miejscach dostępnych architektonicznie. Student ma również prawo przyjść w obecności asystenta, warto zatem tak urządzić przestrzeń, aby było miejsce także dla asystenta. Warto także, aby większość spraw można było załatwić elektronicznie, co znacznie ułatwi studentowi z niepełnosprawnościami realizację różnych formalności.

3.8.3. Usługi transportowe

Uczelnia na uzasadniony wniosek studenta oraz w miarę swoich możliwości finansowych, zapewni dojazd studentom z niepełnosprawnościami na zajęcia i z zajęć oraz na wszystkie zajęcia dodatkowe związane z realizacją studiów.

Ponadto jeśli student ma kłopot z lokomocją (trwały lub czasowy), może ubiegać się o pozwolenie na wjazd na teren uczelni i zaparkowanie blisko wejścia, oczywiście zgodnie z zasadami bezpieczeństwa przeciwpożarowego.

3.8.4. Wsparcie psychologiczne

Uczelnia, dbając o zdrowie psychiczne swoich studentów, powinna zapewniać dostęp do pomocy psychologicznej. Jeśli student z jakichś przyczyn nie może dotrzeć do gabinetu psychologa, powinna być możliwość konsultacji psychologicznej online.

Poza dostępnością psychologa warto także organizować szkolenia wspierające zdrowie psychiczne studentów, zwłaszcza studentów z różnym rodzajem niepełnosprawności, takie jak: radzenie sobie ze stresem i lękiem, uzależnienia behawioralne, depresje, skuteczna komunikacja itp. Często osoby z niepełnosprawnością są zamknięte w sobie i nieśmiałe, takie szkolenia mogłyby ich wesprzeć w rozwoju.

3.8.5. Wypożyczalnia sprzętu specjalistycznego

Dobłą praktyką jest, gdy uczelnia ma możliwość usług wypożyczalni sprzętu specjalistycznego dla studentów z niepełnosprawnościami (komputery, kamery, mikrofony, słuchawki, dyktafony itp.). Dużym wsparciem dla studenta może być możliwość wypożyczenia laptopa, z którego student może skorzystać zarówno w trakcie zajęć, jak i zaliczeń. Dyktafon umożliwi nagranie zajęć, a plik będzie mógł przekazać asystentowi w celu sporządzenia transkrypcji. W przypadku specjalnego oprogramowania, które jest wymagane podczas zajęć student powinien mieć możliwość również z jego bezpłatnego korzystania.

3.8.6. Proces rekrutacji na studia

Rekrutacja na studia powinna cechować się dostępnością uwzględniającą specyfikę osób z niepełnosprawnością narządu ruchu. Wymagania rekrutacyjne oraz ogólnie przyjęte zasady powinny być jednakowe dla wszystkich studentów. Miejsce przeprowadzania rekrutacji powinno być pozbawione barier architektonicznych, tak aby zapewnić łatwy dostęp (np. miejsce na parterze, z podjazdem, z toaletą dla osób z niepełnosprawnością). Uzupełnienie

brakujących dokumentów powinno być możliwe drogą mailową lub pocztą, aby kandydat nie musiał ponownie przyjeżdżać na uczelnię.

W ramach wsparcia przy wyborze kierunku studiów przez Kandydata warto zapewnić kontakt z konsultantem rekrutacyjnym ds. Osób z Niepełnosprawnościami.

3.8.7. Zajęcia dydaktyczne

Planując zajęcia powinno się ograniczyć potrzebę przemieszczania między budynkami (kampusami uczelni) w ramach zajęć. Oczywiście wszystkie zajęcia powinny być realizowane w miejscach pozbawionych barier architektonicznych. Należy pamiętać, aby sale wykładowe były z szerokim wejściem i miały w pobliżu toaletę dla osób z niepełnosprawnościami oraz dostęp do kluczowych miejsc, takich jak kawiarenka, palarnia, miejsce gdzie można odpocząć między zajęciami. W salach powinny być zapewnione stoły i krzesła, tak aby osoba, jeśli tego potrzebuje, mogła przesiąść się z wózka na krzesło i mieć do dyspozycji stabilną ławkę (do postawienia komputera czy zeszytu na notatki).

3.8.8. Indywidualne dostosowania studiów

Każdy student z niepełnosprawnością może skorzystać z indywidualnej organizacji studiów, w tym w uzasadnionych przypadkach może korzystać z zajęć indywidualnych. Decyzja o wsparciu jest ustalana z konsultantem edukacyjnym. Może być ona przeznaczona pod wybrane przedmioty lub też dotyczyć wszystkich.

W przypadku osób, które mają problemy z pisaniem, weryfikacja wiedzy powinna być możliwa przy użyciu komputera lub w formie ustnej, a także czas trwania takiego zaliczenia powinien zostać wydłużony.

Dla osób czasowo unieruchomionych lub z nasileniem ataków epilepsji można wprowadzić możliwość zajęć indywidualnych lub zdalnych.

3.8.9. Materiały dydaktyczne

Wszelkie materiały dydaktyczne powinny spełniać wymogi dostępności. Dużym wsparciem jest przekazanie treści teoretycznych studentowi w pliku – ułatwi to robienie notatek i powtarzanie materiału, a w razie konieczności korzystania z usług ksero, które uczelnia zapewnia bezpłatnie, na przykład w Akademickim Centrum Wsparcia Osób z Niepełnosprawnościami.

Powinna istnieć możliwość przesłania studentom materiałów w formie elektronicznej, zwłaszcza gdy niepełnosprawność studenta ogranicza jego możliwość prowadzenia notatek.

3.8.10. Zajęcia z wychowania fizycznego

W uczelni powinny być realizowane zajęcia z wychowania fizycznego dostępne dla osób ze szczególnymi potrzebami, uwzględniające możliwości wynikające z różnych schorzeń. W przypadku osób z niepełnosprawnością narządu ruchu mogłyby to być np. koszykówka na wózkach, rugby, boccia, siłownia, pływanie.

Warto także organizować zajęcia integracyjne, w których będą brali udział studenci pełnosprawni, np. taniec towarzyski, gra w koszykówkę, w trakcie, której sprawni studenci będą poruszali się na wózkach inwalidzkich (wymagałoby to posiadanie przez uczelnię kilku używanych wózków aktywnych).

Na zajęcia wychowania fizycznego mogliby być także zapraszani niepełnosprawni sportowcy, aby zainspirować osoby z niepełnosprawnościami do aktywności ruchowej.

3.8.11. Asystent dydaktyczny

Przed wszystkim asystent dydaktyczny mógłby asystować studentowi z niepełnosprawnością w czasie załatwiania spraw administracyjnych, przemieszczania się między zajęciami oraz w trakcie zajęć i zaliczeń. Sprawą kluczową byłoby robienie notatek z zajęć w przypadku, gdy student ma trudności w pisaniu.

3.8.12. Akademiki

Na wniosek studenta powinno zostać zapewnione mu miejsce w domu studenckim, w pokoju spełniającym wymogi architektoniczne dla niepełnosprawnych, tj. z podjazdem, szerokimi drzwiami wejściowymi i windą.

W pobliżu powinien znajdować się parking z miejscami dla niepełnosprawnych oraz przystanek autobusowy, z którego student będzie mógł dojechać na uczelnię komunikacją miejską.

Pokój dla osoby z niepełnosprawnością ruchu powinien pozwalać na swobodne poruszanie się na wózku inwalidzkim lub przy pomocy kul. Pokój powinien być z odpowiednio dostosowaną łazienką, tzn. muszą być uchwyty, kabina prysznicowa bez progów z krzeselkiem. Wielkość łazienki musi pozwalać na swobodne poruszanie się.

3.9. Zasady postępowania w sytuacjach nauczania zdalnego

W trakcie trwania zdalnego nauczania mogłoby się wydawać, że studenci z niepełnosprawnością narządu ruchu mają łatwiej niż przy „normalnej” formie nauki. Nic bardziej mylnego. Nie ma problemów z przemieszczaniem się na uczelnie, ale są inne.

- **POSIADANIE ODPOWIEDNIEGO SPRZĘTU DO ZDALNEJ NAUKI: KOMPUTER, KAMERKA, INTERNET.**

Niestety nie każdy student posiada taki sprzęt, więc uczelnia powinna umożliwić wypożyczenie komputera z kamerką. Problemem może być także miejsce zamieszkania. Jeżeli student mieszka w miejscu, gdzie nie ma internetu lub jest on bardzo słaby będzie miał problemy z połączeniem się na zajęcia lub zaliczeniem/egzaminem. Należy wtedy umożliwić przesłanie materiałów takiemu studentowi, a zaliczenie czy egzamin przełożyć na inny termin lub przeprowadzić indywidualnie na uczelni, jeżeli jest taka możliwość.

- **PROBLEMY LOKALOWE**

W domach, w których mieszkają studenci, może nie być możliwości w ciszy i spokoju wysłuchania wykładu lub podejścia do zaliczenia bądź egzaminu. Jeżeli student przebywa w niewielkim mieszkaniu gdzie jest uczące się rodzeństwo, pracujący zdalnie rodzice, może nie mieć możliwości przebywania w odosobnieniu i ciszy.

- **STUDENCI Z DYSFUNKCJĄ KOŃCZYN GÓRNYCH** mogą mieć problem z obsługą komputera, będą potrzebowali np. więcej czasu na wykonanie zadania.

- **PROBLEMY Z KOMUNIKACJĄ SPOŁECZNĄ**

Dla wielu osób z niepełnosprawnościami wyjście z domu, przebywanie wśród rówieśników było bardzo pomocne w przełamywaniu własnych barier psychicznych. W sytuacji „zdalnej” nauki zostają ponownie zamknięte w czterech ścianach. Należy umożliwić połączenia grupowe, luźne rozmowy między studentami, aby chociaż w ten sposób był kontakt z innymi.

- **PROBLEMY PSYCHOLOGICZNE**

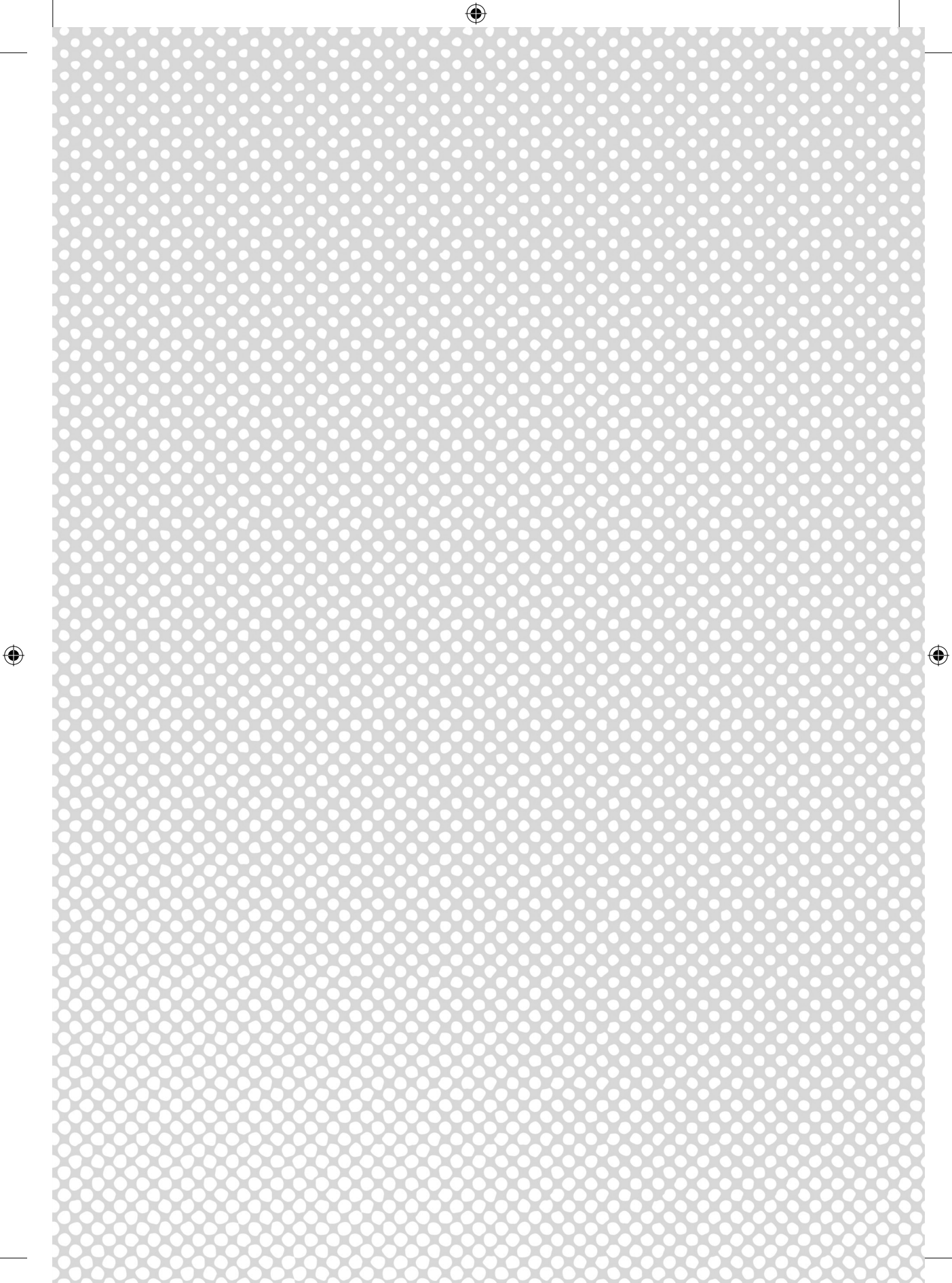
Osoby pozostawione same w domu, zwłaszcza osoby z niepełnosprawnościami, mogą bardzo źle znieść ten czas. Odizolowanie może prowadzić do depresji, a nawet prób samobójczych. Dobrym rozwiązaniem

byłyby spotkania z psychologiem w ramach zajęć lub zapewnienie opieki psychologicznej osobom zgłaszającym taką potrzebę.

Właściwe byłoby, gdyby wykładowcy rozmawiali ze studentami o ich problemach ze zdalną nauką, z izolacją oraz byli otwarci na ich propozycje.

Bibliografia

- 1 Gajewska E. (2009). *Nowe definicje i skale funkcjonalne stosowane w mózgowym porażeniu dziecięcym*. *Neurologia dziecięca*, 35, s. 67–72.
- 2 Gajewska E., Sobieska M., Samborski W. (2006). *System klasyfikacji zdolności manualnych dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym*. *Chir. Narz. Ruchu*, 71, s. 317–319.
- 3 Jędrzejczak J., Mazurkiewicz-Betdzińska M. (2018). *Padaczka. Etiologia*. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie.
- 4 Krzeszowska E., Mirecka J. (2018). *Postępowanie fizjoterapeutyczne po urazie kręgosłupa szyjnego z uszkodzeniem rdzenia kręgowego*. *Praktyczna Fizjoterapia*, 69, s. 40–54.
- 5 Pilarska E. (2005). *Udary niedokrwienne u dzieci*. *Udar Mózgu. Problemy Interdyscyplinarne*, 7 (1), s. 18–24.
- 6 Raciborski F., Gujski M. (2016). *Udary mózgu – rosnący problem w starzejącym się społeczeństwie*. Warszawa: Raport Instytutu Ochrony Zdrowia.
- 7 Żulewska-Fiks E. (2018). *Nowoczesne metody fizjoterapii*. *Praktyczna Fizjoterapia & Rehabilitacja*, 94.
- 8 <https://www.praktycznafizjoterapia.pl/arttykul/metoda-vojtyw-wleczeniu-przepukliny-oponowo-rdeniowej>





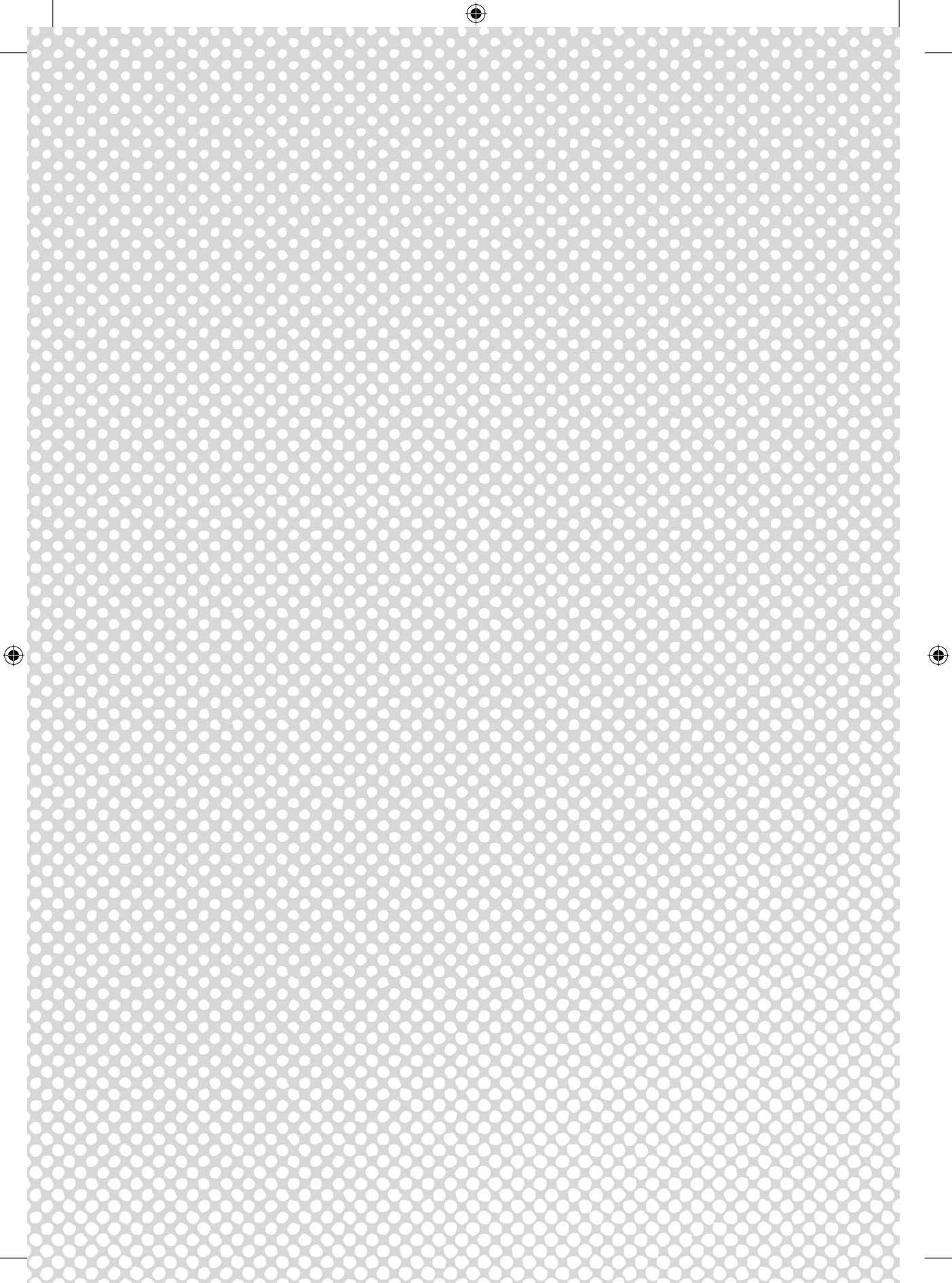
ROZDZIAŁ

4

CAŁOŚCIOWE ZABURZENIA ROZWOJOWE

Andrzej Draszawka*

* Andrzej Draszawka, mgr filozofii, certyfikowany psychoterapeuta i mediator, terapeuta Stowarzyszenia Pomocy Osobom Autystycznym „Dalej Razem” w Zielonej Górze. Prowadzi własną działalność gospodarczą – Pracownia Psychoterapii ALETHEIA Andrzej Draszawka. andrzej.draszawka@gmail.com



Całościowe zaburzenia rozwojowe charakteryzują się „jakościowymi nieprawidłowościami interakcji społecznych i wzorców porozumiewania się oraz ograniczonym, stereotypowym powtarzającym się repertuarem zainteresowań i aktywności” (Pużyński, Wciórka 2000, s. 209). W skład tych zaburzeń wchodzi autyzm dziecięcy i zespół Aspergera, którymi będziemy się zajmować w tym rozdziale. Innymi zaburzeniami z tego obszaru są: autyzm atypowy, zespół Retta, inne zaburzenia dezintegracyjne, zaburzenia hiperkinetyczne z towarzyszącym upośledzeniem umysłowym i ruchami stereotypowymi, inne całościowe zaburzenia rozwojowe, całościowe zaburzenia rozwojowe nieokreślone. Te zaburzenia nie zostaną omówione, gdyż ich cechą charakterystyczną jest najczęściej poważne opóźnienie rozwoju psychicznego, które uniemożliwia uczestniczenie w bardziej złożonych formach edukacji. Osoby zainteresowane mogą łatwo sięgnąć po ich opis, bo są one wyczerpująco przedstawione w klasyfikacji ICD-10 (Pużyński, Wciórka 2000, s. 209–214).

Osoby, które mają lub mogą mieć kontakt z osobami ze spektrum autyzmu, nie muszą znać się na ich diagnozowaniu (mimo to dla zainteresowanych zostaną przytoczone kryteria diagnostyczne poniżej w tekście), wystarczy, że będą znały specyficzne cechy tego zaburzenia. Aby dobrze rozumieć określenia, jakie będą stosowane, należy wyjaśnić, że od przyszłego roku dojdzie do zmian w kryteriach diagnostycznych – głównie jeśli chodzi o terminologię (dokładniej zostanie opisane to niżej). W związku z tym, w tekście będą używane różne określenia, które można usłyszeć w kontekście omawianego tematu, a które dotyczą tego samego obszaru i obecnie można spiąć je klamrą – spektrum autyzmu. Takimi zwrotami będą: „autyzm” lub „autysta”, „zespół Aspergera”, „ZA” (Zespół Aspergera), „ASD” lub „osoba z ASD” (z ang. Autism Spectrum Disorder), „spektrum zaburzeń autystycznych”. Natomiast używając określenia „osoba neurotypowa” mówimy o kimś bez diagnozy autyzmu.

Często bywa tak, że w toku edukacji osoba ze spektrum autyzmu jest już zdiagnozowana, ponieważ te charakterystyczne cechy (m.in. trudność w nawiązywaniu i podtrzymywaniu relacji społecznych, sztywność w myśleniu, deficyt centralnej koherencji) wyróżniają je z grupy rówieśników i są zauważane

przez pedagogów. W konsekwencji takie dzieci są kierowane do specjalistycznej diagnozy – najlepiej jeśli jest ona przeprowadzana przez zespół specjalistów – psychiatrę dziecięcego, psychologa specjalizującego się w całościowych zaburzeniach rozwoju, a także logopedę. W praktyce w Polsce nierzadko ta diagnoza przeprowadzana jest tylko przez lekarza psychiatrę lub przez poradnię psychologiczną. Tak więc bywa, że nauczyciel akademicki, pracownik administracyjny, czy kolega lub koleżanka ze studiów spotyka się z osobą, która ma zarówno świadomość, jak i diagnozę swojego zaburzenia oraz komunikuje to innym. Wówczas wiemy z jakiego powodu sposób funkcjonowania tej osoby różni się od naszego. Dodatkowo, gdy taka osoba korzysta z terapii, często potrafi przekazać dosyć sprawnie czego potrzebuje, aby kontakt z nim był skuteczny. Z racji tego, że ogół ludzi nadal niewiele wie na temat autyzmu, można też spotkać się z sytuacją, że osoba po dwudziestym roku życia niedawno dowiedziała się o swojej diagnozie lub w dorosłe życie wchodzi ktoś, kto czuje się inny od reszty, ma cechy ASD, ale nigdy nikt nie zwrócił mu uwagi na to, że to co się z nim dzieje, to może być autyzm. Zatem omawiając ten temat nie sposób byłoby nie spojrzeć na kryteria diagnostyczne, które obecnie obowiązują oraz które mogą wskazać nam ważne wskaźniki, umiejscawiające kogoś w spektrum autyzmu.

4.1. Kryteria diagnostyczne

Na początek przyjrzymy się klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego **DSM V**, a potem obowiązującej obecnie w Polsce klasyfikacji **ICD-10**.

Warto wiedzieć, że w klasyfikacji DSM V podział na autyzm i zespół Aspergera został zniesiony, bowiem wprowadzono nową kategorię – Autism Spectrum Disorder (Spektrum zaburzeń autystycznych – ASD). Piąta edycja amerykańskiej klasyfikacji wprowadziła istotną zmianę w kwestii diagnozowania. Z DSM 5 znikła także diagnoza Zespołu Aspergera, który być klasyfikowany jako łagodne nasilenie spektrum zaburzeń autystycznych.

W ramach tej nowej diagnozy klasyfikowane są dzieci zarówno z bardzo nasilonymi, jak i łagodnymi objawami autyzmu. Zmiana ta miała być istotną wskazówką dla twórców klasyfikacji europejskiej ICD-11 (ma ona zacząć obowiązywać od stycznia 2022 r.).

4.1.1. Kryteria diagnostyczne DSM V

Autyzm, według klasyfikacji DSM V, jest diagnozowany w oparciu o następujące trzy kryteria.

Osoba, u której zdiagnozuje się autyzm, musi przejawiać co najmniej 6 cech wymienionych w punktach (w tym co najmniej dwie w punkcie 1 i po jednej z punktu 2).

- 1** Klinicznie znaczące, stałe nieprawidłowości w obrębie komunikacji społecznej i interakcji; wyraźne deficyty w komunikacji werbalnej i niewerbalnej wykorzystywanej w interakcjach społecznych, brak wzajemności społecznej, nieumiejętność rozwijania i utrzymywania relacji z rówieśnikami właściwej dla poziomu rozwoju.
- 2** Ograniczone, powtarzalne wzorce zachowań, zainteresowań i aktywności objawiające się poprzez co najmniej dwa z poniższych objawów:
 - Stereotypowe zachowania motoryczne lub werbalne lub nietypowe zachowania sensoryczne;
 - Nadmierne przywiązanie do rutyny i zrytualizowanych wzorców zachowania;
 - Ograniczone zainteresowania.
- 3** Objawy muszą wystąpić we wczesnym dzieciństwie (ale mogą nie manifestować się w pełni, dopóki oczekiwania społeczne nie przekroczą ograniczonych możliwości dziecka).

4.1.2. Kryteria diagnostyczne ICD-10

Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (ang. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) obowiązuje we wszystkich krajach członkowskich, w tym w Polsce.

ICD-10 rozróżnia podział na autyzm i zespół Aspergera (to rozróżnienie przestanie obowiązywać od stycznia 2022 r., wraz z rozpoczęciem obowiązywania ICD-11, w którym pojawi się 6 stopni nasilenia/występowania zaburzeń ze spektrum autyzmu).

W **ICD-10** istnieją trzy kryteria rozpoznania **AUTYZMU**:

- A** Nieprawidłowy lub upośledzony rozwój wyraźnie widoczny przed 3. rokiem życia w co najmniej jednym z następujących obszarów:
 - 1** Rozumienie i ekspresja językowa używane w społecznym porozumiewaniu się.
 - 2** Rozwój wybiórczego przywiązania społecznego lub wzajemnych interakcji społecznych.
 - 3** Zabawa funkcjonalna lub symboliczna.

- B** Łącznie musi wystąpić co najmniej sześć objawów spośród wymienionych w punktach 1, 2 i 3, przy czym co najmniej dwa z punktu 1 i po co najmniej jednym z punktów 2 i 3:
- 1** Jakościowe nieprawidłowości wzajemnych interakcji społecznych, manifestujące się w co najmniej dwóch z następujących obszarów:
 - a** niedostateczne wykorzystywanie kontaktu wzrokowego, wyrazu twarzy, postawy ciała i gestów do odpowiedniego regulowania interakcji społecznych;
 - b** niedostateczny (adekwatnie do wieku umysłowego i pomimo licznych okazji) rozwój związków rówieśniczych, obejmujących wzajemne współdzielenie zainteresowań, aktywności i emocji;
 - c** brak odwzajemniania społeczno-emocjonalnego, przejawiający się upośledzeniem lub odmiennością reagowania na emocje innych osób; lub brak modulowania zachowania odpowiednio do społecznego kontekstu; lub słaba integracja zachowań społecznych, emocjonalnych i komunikacyjnych;
 - d** brak spontanicznej potrzeby dzielenia z innymi osobami radości, zainteresowań lub osiągnięć (np. brak pokazywania, przynoszenia lub wskazywania innym ludziom przedmiotów osobistego zainteresowania).
 - 2** Jakościowe nieprawidłowości w porozumiewaniu się, manifestujące się w co najmniej jednym z następujących obszarów:
 - a** opóźnienie lub całkowity brak rozwoju języka mówionego, które nie wiążą się z próbą kompensowania za pomocą gestów lub mimiki jako alternatywnego sposobu porozumiewania się (często poprzedzane przez brak komunikatywnego gaworzenia);
 - b** względny niedostatek inicjatyw i wytrwałości w podejmowaniu wymiany konwersacyjnej (na jakimkolwiek występującym poziomie umiejętności językowych), w której zachodzą zwrotne reakcje na komunikaty innej osoby;
 - c** stereotypowe i powtarzające się, idiosynkratyczne wykorzystywanie słów i wyrażań;
 - d** brak spontanicznej różnorodności zabawy w udawanie („na niby”) lub zabawy naśladowującej role społeczne.
 - 3** Ograniczone, powtarzające się i stereotypowe wzorce zachowania, zainteresowań i aktywności przejawiane w co najmniej jednym z następujących obszarów:

- a** pochłonięcie jednym lub liczniejszymi stereotypowymi zainteresowaniami o nieprawidłowej treści i zogniskowaniu, lub jednym lub więcej zainteresowaniami nieprawidłowymi z powodu swej intensywności i ograniczenia, a nie z powodu treści i zogniskowania;
 - b** wyraziście kompulsywne przywiązanie do specyficznych, niefunkcjonalnych czynności rutynowych i zrytualizowanych;
 - c** stereotypowe i powtarzające się manieryzmy ruchowe, obejmujące stukanie bądź kręcenie palcami; lub złożone ruchy całego ciała, koncentracja na cząstkowych lub niefunkcjonalnych właściwościach przedmiotów służących do zabawy (jak np. ich zapach, odczuwanie powierzchni, powodowanego hałasu lub wibracji).
- C** Obrazu klinicznego nie można wyjaśnić innymi objawami całościowych zaburzeń rozwojowych, specyficznymi rozwojowymi zaburzeniami rozumienia języka z wtórnymi trudnościami społeczno-emocjonalnymi, reaktywnymi zaburzeniami przywiązania ani zaburzeniem selektywności przywiązania, upośledzeniem umysłowym z pewnymi cechami zaburzeń emocji i zachowania, schizofrenią o niezwykle wczesnym początku, ani zespołem Retta.

Kryteria rozpoznania **ZESPOŁU ASPERGERA** w ICD-10:

- A** Brak istotnego klinicznie opóźnienia w zakresie języka mówionego i rozumienia języka lub rozwoju czynności poznawczych. Rozpoznanie wymaga stwierdzenia, że wypowiedzianie pojedynczych słów było rozwinięte do drugiego roku życia lub wcześniej oraz że komunikatywne wyrażenia były w użyciu do 3. roku życia lub wcześniej.
- B** Umiejętność pomagania sobie, zachowania adaptacyjne i zaciekawienie środowiskiem w okresie pierwszych trzech lat życia było na poziomie odpowiadającym rozwojowi intelektualnemu, natomiast fazy rozwoju ruchowego mogą być nieco opóźnione i zwykle występuje ruchowa niezdarność (choć nie jest to cechą diagnostyczną).
 Pojedyncze szczególnie umiejętności, często niezwiązane z nieprawidłowym koncentrowaniem się na nich, występują pospolicie, choć nie są wymagane do rozpoznania.
- C** Występują jakościowe nieprawidłowości w zakresie wzajemnych interakcji społecznych (kryteria autyzmu):
 - a** niedostateczne wykorzystanie kontaktu wzrokowego, wyrazu twarzy, postawy ciała i gestów do odpowiedniego regulowania interakcji społecznych;

- b** niedostateczny (nieodpowiedni do wieku umysłowego i mimo licznych okazji) rozwój związków rówieśniczych obejmujących wzajemnie podzielane zainteresowania, czynności, emocje;
- c** brak odwzajemniania społeczno-emocjonalnego, przejawiający się upośledzeniem lub odmiennością reagowania na emocje innych osób, albo brak modulacji zachowania odpowiedniej do społecznego kontekstu, albo słaba integracja zachowań społecznych, emocjonalnych i komunikacyjnych.
- D** Pacjent przejawia niezwykle nasilone, wyizolowane zainteresowania albo ograniczone, powtarzające się i stereotypowe wzorce zachowania, zainteresowań i aktywności (kryteria jak dla autyzmu):
 - a** pochłonięcie jednym lub liczniejszymi stereotypowymi zainteresowaniami o nieprawidłowej treści i zogniskowaniu, albo jednym lub więcej zainteresowaniami nieprawidłowymi z powodu swej intensywności i ograniczenia, choć nie z powodu treści lub zogniskowania;
 - b** wyraziście kompulsywne przywiązanie do specyficznych, niefunkcjonalnych czynności rutynowych i zrytualizowanych.
Mniej celowe jest włączenie do kryteriów diagnostycznych manieryzmów ruchowych, albo koncentracji na cząstkowych lub niefunkcjonalnych elementach przedmiotów służących do zabawy.
- E** Zaburzenia nie można traktować jako innej z postaci całościowych zaburzeń rozwojowych, prostej schizofrenii (F20.6), zaburzenia typu schizofrenii (schizotypowego, F21), zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych (F.42), osobowości anankastycznej (F60.5), reaktywnego lub nieselektywnego zaburzenia przywiązania w dzieciństwie (F.94.1 lub F.94.2, odpowiednio).

4.2. Obszary zaburzeń

Specyfika zaburzeń ze spektrum autyzmu uwidacznia się w trzech obszarach: interakcje społeczne; komunikacja oraz funkcje poznawcze.

4.2.1. Interakcje społeczne

Normy społeczne są złożone, a ich przestrzeganie polega często na stosowaniu się do niepisanych zasad. W dodatku nikt nas nie informuje, że one w ogóle istnieją – musimy nauczyć się ich obserwując innych, wyciągając wnioski.

Dzieci z zespołem Aspergera mają problem z rozpoznawaniem norm społecznych – nie potrafią tego robić, nie są świadome, że istnieje jakiś kod zachowań społecznych, a kiedy już ktoś ich o tym poinformuje, często w mało życzliwy sposób, to przestrzegają go w rygorystyczny sposób, nie chcąc narazić się na ponowną krytykę, działając jak „klasowy policjant”, który każdorazowo informuje, że ktoś złamał zasady.

Dorośla osoba ze spektrum ma trochę doświadczenia w tym zakresie, ale często to nie oznacza, że normy społeczne rozumie i wie na jakiej zasadzie działają. Wchodząc w nowe otoczenie, np. w rzeczywistość akademicką, znowu musi się nauczyć skryptów zachowań, co łączy się z napięciem i lękiem. Osobie ze spektrum zdarza się przerywać rozmowę robiąc słuszny, ale nie stosowny komentarz, np. przy pełnej sali zwrócić się do wykładowcy: „Ma Pan rozpięty rozporek, proszę go zapiąć”.

Autystyk nie wie, kiedy jest czas, żeby on zabrał głos, nie widzi sygnałów świadczących o tym, że ktoś zakończył wątek, albo nie wie jak zaznaczyć, że on chce coś powiedzieć. W rezultacie jest często odbierany jako niegrzeczny, który ciągle przerywa.

Stosowanie zwrotów grzecznościowych jest dla niego nie lada problemem, bo skąd wiadomo do kogo mówić na „Ty”, do kogo Pan/Pani, skoro wszyscy są dorośli. Nie każdy się sobie nawzajem przedstawił, a w dodatku nie widać na pierwszy rzut oka, kto jest studentem, kto wykładowcą, a kto jeszcze innym pracownikiem. Osoby neurotypowe radzą sobie z tym głównie obserwując innych i wyciągając wnioski lub pytając po prostu kto jest kim. Dla autysty to jest trudniejsze – nie chce wyjść na „głupiego”, który nic nie wie, boi się krytyki i oceny, której doświadczał zazwyczaj bardzo często na innych szczeblach edukacji.

Słabe rozumienie sygnałów niewerbalnych u autystyków

Osoby ze spektrum autyzmu posiadają trudność w interpretowaniu mimiki innych ludzi. Nie wiedzą, co oznaczają sygnały niewerbalne wysyłane przez rozmówcę.

Również twarz autysty nie wyraża zazwyczaj oczekiwanego zakresu i głębi emocji. Można to zaobserwować jako sztywność w zachowaniu i wyrazie twarzy. Obca osoba może zostać uściskana, a złość czy niezadowolenie może zostać

wyrażone w przerysowany, nieadekwatny do sytuacji sposób. Osoba ze spektrum potrafi zazwyczaj pokazać za pomocą mowy ciała np. gniew, frustrację, ale jego gesty i ciało nie odzwierciedlają reakcji na myśli i odczucia innych osób, takie jak zawstydzenie, pocieszenie czy duma. Gdy powiemy do kogoś z ASD: „jestem z Ciebie dumny”, to reakcja na to może nie różnić się w widoczny sposób od reakcji na skrajnie inny komunikat, np.: „jestem na Ciebie strasznie wściekły”.

Autystyk bardzo często nie dostrzega związku między różnymi częściami twarzy, widzi je jakby oglądał elementy układanki, ale nie spostrzega twarzy jako całości.

Attwood podaje przykład sytuacji, gdy dziecko widząc twarz rozzłoszczonej matki, skupiło wzrok na zmarszczonych brwiach, które odzwierciedlały jej nastrój, powiedziało: „jedenaście” (licząc zmarszczki) (Attwood 2006, s. 50). Było zaintrygowane nowym widokiem, ale nie połączyło go w ogóle z nastrojem. Emocje są widoczne w zachowaniu, w tonie głosu, wyrazie twarzy. Gdy autysta skupia uwagę na tym, aby nas usłyszeć i zrozumieć, umkną mu inne rzeczy dopełniające ogólny sens i wydźwięk wypowiedzi. Podczas rozmowy będzie trudno mu wyłowić sygnały dotyczące chęci zakończenia rozmowy lub jej kontynuowania. Ma to związek z deficytem centralnej koherencji, czyli tym, że brakuje mu umiejętności łączenia poszczególnych części w całość. Potrzeba zawsze będzie górowała nad rozumieniem norm społecznych, np. gdy autysta będzie chciał zapytać o coś ważnego, to najpewniej nie zwróci uwagi na to, czy rozmówca prowadzi w tej chwili inną rozmowę lub czy jest zajęty inną czynnością, czy stoi przodem, czy tyłem, czy widzi chęć nawiązania kontaktu, czy w ogóle wie o obecności pytającego.

Osobie z zespołem Aspergera często zdarza się być łatwowiernym, nie widzi ona bowiem sygnałów świadczących o tym, że ktoś kłamie lub ma złe intencje.

Kłamstwo jest dla takiej osoby trudne do zrozumienia, bo odwołuje się do czegoś, czego nie ma, a autysta ma trudność z wyobrażaniem sobie czegoś nieistniejącego. Częściej jest szczery w taki sposób, że mówi od razu to co myśli, nie widząc w tym nic niestosownego. Osoby ze spektrum często opowiadają o swoich kłopotach z rozumieniem żartów, nie wiedzą, kiedy ktoś żartuje z nich, a kiedy z nimi. Większość rzeczy odbierają personalnie, często złościąc się i zakładając później, że wszyscy źle ich odbierają i oceniają negatywnie. Cechą, która również jest specyficzna, to brak umiejętności zachowania

odpowiedniego dystansu fizycznego. Może się zdarzyć, że osoba ze spektrum, która chce nam coś powiedzieć, podejdzie do nas na odległość kilku centymetrów lub wręcz oprze się o nas. Może to zostać odebrane jako zachowanie agresywne. Osoby ze spektrum oprócz tego, że mają problem z rozumieniem i zapamiętaniem norm społecznych, to mają często zaburzone czucie głębokie – mają potrzebę mocnego dotyku, wtedy czują się dobrze i w kontakcie. Z tego powodu młodsze dzieci ze spektrum często wpadają na inne dzieci.

4.2.2. Komunikacja

Badania pokazują, że 50% osób z zespołem Aspergera ma opóźniony rozwój mowy, ale do 5. roku życia zazwyczaj to się stabilizuje, później wymowa jest najczęściej płynna. Od najmłodszych lat osoby ze spektrum autyzmu wykazują trudność w prowadzeniu tzw. normalnej rozmowy. Umiejętności fonetyczne i syntaktyczne (wymowa i gramatyka) są prawidłowe, trudności pojawiają się na innych polach dotyczących komunikacji.

Pragmatyka

Jest to sposób, w jaki używamy języka w kontekście społecznym. W przypadku autyzmu jest ona jednym z obszarów komunikacyjnych, gdzie występują nieprawidłowości. Zarówno dzieci, jak i dorosłe osoby z ASD mają tendencje do zagadywania ulubionymi tematami, komentowania niezwiązanego z sytuacją, przerywania lub mówienie jednocześnie z interlokutorem. Osoba z zespołem Aspergera ma trudność w odczytywaniu sygnałów, kiedy można już mówić (np. chwilowa pauza, spojrzenie mówiące: „teraz Twoja kolej”), a kiedy należy czekać na swoją kolej. Tony Attwood w książce „Zespół Aspergera” podaje sytuację, gdy dziecko w sklepie zagaduje przypadkowo spotkaną osobę: „Czy ma Pani kosiarkę?”, a zaraz potem demonstruje w długim monologu encyklopedyczną wiedzę na temat sprzętu ogrodniczego (Attwood 2006, s. 61). Najczęściej podczas takiej wypowiedzi bardzo trudno jest samemu przejąć inicjatywę w rozmowie, dopóki rozmówca ze spektrum nie wyczerpie tematu.

Charakterystyczne jest też to, że taka osoba nie reaguje, bądź słabo reaguje na komentarze rozmówcy, albo na sugestie dotyczące tego, że zбочzył z tematu rozmowy. Może to sprawiać wrażenie lekceważenia lub złego wychowania, a jest deficytem w rozumieniu zasad komunikacji. Kiedy rozmowa wywołuje dezorientację, gdy rozmówca jest nieprecyzyjny lub gdy jest oczekiwana odpowiedź na temat, który nie jest jasny, wywołuje to u osoby z ASD niepewność. Wówczas bardzo często osoba ze spektrum długo milczy zanim odpowie lub

zmienia temat. Bywa też, że zaczyna się nieadekwatnie śmiać, nie wiedząc co powiedzieć lub zrobić.

Dzieci i dorośli z zespołem Aspergera, kiedy odpowiedź nie jest im znana, nie domyślają się, że mogą dopytać lub powiedzieć: „nie wiem, co Pan ma na myśli”, „muszę się zastanowić”, czy „nie zrozumiałem pytania”. Wtedy często unikają odpowiadania lub dążą do zmiany tematu na taki, w którym czują się pewnie, głównie dlatego, aby móc zaprezentować swoją wiedzę i zasób słów, tak aby nie czuć źle ze swoim deficytem wiedzy i zachowania.

Osoby ze spektrum autyzmu mają często problem z utrzymywaniem kontaktu wzrokowego – niekiedy tłumaczą to tym, że nie wiedzą, kiedy patrzeć, a kiedy słuchać. Kontakt wzrokowy zaburza im koncentrację uwagi, poza tym zazwyczaj nie wiedzą „co mówią” i jakie informacje przekazują oczy. W takich warunkach trudno jest być uważnym i odczytywać sygnały niewerbalne od rozmówcy. Wokalizowanie myśli jest cechą charakterystyczną dla małych dzieci. W okresie rozpoczęcia nauki szkolnej dzieci uczą się zatrzymywać swoje myśli dla siebie. Osoby z autyzmem często kontynuują wokalizowanie myśli jeszcze długo po tym, jak oczekiwania społeczne, że „będą cicho” zaczną ich obowiązywać. Bywa, że dorosłe osoby ze spektrum mówią po cichu do siebie, czasem z powodu tego, że tak „ćwiczą” przyszłe rozmowy (i/lub oswajają się z tym, że muszą je odbyć), a czasem po to, aby sprawdzić, czy to co chcą powiedzieć brzmi sensownie. Warto jednak dopytać, z jakiego powodu jakaś osoba mówi do siebie, może to być bowiem symptom innych zaburzeń. Należy to zrobić w stonowany, życzliwy sposób, ponieważ gdy osoba z ASD jest skupiona lub zaabsorbowana jakąś czynnością, nie dostrzega zazwyczaj, że wokalizuje myśli – gdy zwrócimy na to uwagę, może być tym faktem zmieszana. Jedną z cech charakterystycznych jest także nadmierna dbałość o wymowę lub poprawność językową, czasami wręcz obsesyjne pilnowanie tego, aby słowa były używane zgodnie z ich znaczeniem, sensem i aby były adekwatne do tematu rozmowy. Przykładem może być sytuacja, na jaką powołuje się T. Attwood: chłopiec poproszony przez ojca, aby opróżnić pojemniki na śmieci, nie wykonał polecenia. Gdy ojciec zapytał go dlaczego tego nie zrobił, odpowiedział: „to nie są pojemniki, to są kosze” (Attwood 2006, s. 72).

Semantyka

Mowa tu o rozpoznawaniu różnych znaczeń. Jest to kolejny obszar, gdzie wiadać specyfikę zaburzenia ze spektrum autyzmu, gdyż osoby z ASD mają tendencje do dosłownego, literalnego interpretowania wypowiedzi innych ludzi.

Claire Grand w książce „Autyzm i zespół Aspergera” (Grand 2012, s. 99) podaje, że jeśli w obecności osoby ze spektrum powiemy „kiszki mi marsza grają”, trudno będzie jej zrozumieć, że chodzi o głód. Kiszki przecież w ogóle nie mogą grać i nie wiadomo, skąd wziął się tutaj wojskowy marsz. Osoba z Zespołem Aspergera rozumie to, co jest logiczne i prawdziwe/realne. Owszem, gdy mamy do czynienia z dorosłą osobą ze spektrum może ona mieć zasób wyuczonych wzorów rozumienia przenośni i metafor lub po prostu wiedzieć, jak reagować, tak żeby nikt nie domyślił się, że ona nie ma pojęcia o co nam chodzi. Zawsze warto sprawdzić, jak nasz nieneurotypowy rozmówca nas rozumiał. Ta sama trudność dotyczy nawet powszechnie znanych powiedzeń, idiomów, których na co dzień ludzie używają i rozumieją je intuicyjnie. Autyści często mają trudność w pytaniu o różne rzeczy, np. z powodu strachu przed oceną i krytyką ich możliwości poznawczych. Bywa więc tak, że zachowują się jakby wszystko co mówimy było dla nich jasne, a w rzeczywistości mogą nie rozumieć lub rozumieć opatrnie to, co mówimy. Trudność może sprawiać rozumienie takich zwrotów, jak: „robisz ze mnie balona”, „zmieniałem zdanie”, „nie łap mnie za słowa”, „uszy do góry”. Podobne trudności sprawia rozumienie sarkazmu, ironii, udawania, kłamstwa oraz tego, jak rozumieć i odbierać droczenie się. Wśród osób ze spektrum zdarzają się też takie, które chętnie używają sarkazmu i ironii lub lubią wszelkie gry słowne, jednak i w tym przypadku często widać, że nadużywają tych figur retorycznych lub śmieją się z gier słownych, które są mało zabawne dla innych.

Prozodia

Oprócz wyżej wymienionych płaszczyzn komunikacji, specyficzne nieprawidłowości widać wyraźnie także w prozodii, czyli tonie, akcentowaniu i melodii głosu.

Kiedy rozmawiamy, zmieniamy ton i nasilenie głosu, aby oddać emocje lub podkreślić ważniejsze części wypowiedzi. Dla osób neurotypowych to normalne i intuicyjne w komunikacji. Dla osoby z ASD tak zazwyczaj nie jest. Wypowiedź takiej osoby może być pozbawiona zróżnicowania tonu głosu, może brzmieć monotonna, płasko, być bez melodii. Wówczas trudno dostrzec emocje w głosie, co przeszkadza w rozumieniu stanu emocjonalnego rozmówcy. Dykcja może być za to przesadnie precyzyjna z naciskiem na każdą sylabę lub na taką, która rozmówcy może wydać się nieadekwatna dla konkretnej wypowiedzi. Zdarza się, że w sytuacji podekscytowania ton głosu staje się wysoki, piskliwy lub akcent zmienia się w dziwny sposób, np. próbując naśladować

akcent rozmówcy lub zasłyszany w filmie lub bajce – często tak bywa u dzieci i młodzieży ze spektrum. Dorosłe osoby częściej charakteryzują się brakiem zróżnicowania tonu głosu. Brak akcentowania lub położenie akcentu w nieuzasadnionym miejscu utrudnia komunikację. Osoby ze spektrum często także nie wychwytyują zmiany tonu głosu i akcentu w wypowiedziach innych osób, z tego powodu mają trudność w rozumieniu niektórych wypowiedzi, gdzie takie subtelne różnice mają duży wpływ na znaczenie ogólnego sensu.

4.2.3. Funkcje poznawcze

Oprócz deficytów można też zaobserwować mocne strony osób ze spektrum. Nie oznacza to jednak, że wybitne zdolności w jakiejś dziedzinie są kryterium diagnostycznym – większość osób ze spektrum nie ma takich zdolności. Bardzo często występuje u nich jednak świetna pamięć długotrwała i wręcz encyklopedyczna wiedza, szczególnie gdy dotyczy obszarów ich zainteresowań.

Bywa, że osoby z autyzmem trwale zapamiętują jednokrotnie przeczytaną informację lub zaobserwowaną notatkę (pamięć fotograficzna). Często cechuje je także świetna pamięć dat. Bywają zdolne językowo i matematycznie.

4.3. Deficyt teorii umysłu

Christine Preissmann podaje (Preissmann 2012, s. 18), że termin „teoria umysłu” pojawił się po raz pierwszy w latach 70. XX wieku przy okazji badań prenatalnych, a następnie badań nad niemowlętami i małymi dziećmi, później został przyjęty przez badaczy autyzmu. Można go rozumieć jako umiejętność uświadamiania sobie własnego stanu psychicznego oraz rozpoznawanie, rozumienie i przewidywanie cudzych myśli, uczuć, pragnień, tego co zamierzają i co sobie wyobrażają. Mowa tutaj o umiejętnościach, jakie pozwalają na skuteczną integrację społeczną. Z powodu deficytu, na tym polu dużą trudność sprawia autyście przyjęcie czyjejś perspektywy, spojrzenie z jego punktu widzenia. Przetwarzanie informacji społecznej jest trudne, zrozumienie zachowania grupy, czy innej osoby jest często niemożliwe „na gorąco”, dopiero później, po zaistnieniu całej sytuacji, autysta może przeanalizować to, co się wydarzyło i pomyśleć, z jakiego powodu ktoś zareagował lub zachował się w taki sposób. Osobom, które korzystają z terapii jest dużo łatwiej nauczyć się dbać o branie pod uwagę perspektywy rozmówcy – rzadko, kiedy postronnie osoby mają czas

na to, aby pomagać analizować komuś z ASD różne punkty widzenia i przyczyny reakcji, a podczas pracy z osobami z ASD jest to jeden z kluczowych celów terapeutycznych. Właśnie z powodu tego deficytu trudno jest komuś z zespołem Aspergera rozumieć, po co ktoś kłamie i w ogóle, kiedy kłamie w dobrej, a kiedy w złej wierze.

Brak umiejętności lub słabo rozwinięta umiejętność rozumienia metafor, ironii i związków frazeologicznych może być spowodowana właśnie takim deficytem. Gdy przewrócimy oczami i powiemy: „Gratuluję sukcesu”, większość osób nie odbierze tego jako coś pozytywnego. Osoba ze spektrum zapewne odbierze to dosłownie. Część osób z ASD z wiekiem jest w stanie tę umiejętność wytrenować. Gdy zapytamy autystę: „Co znaczy powiedzenie: mieć serce z kamienia”, możemy prawdopodobnie otrzymać odpowiedź – „to bez sensu, nie można mieć serca z kamienia, bo serce to mięsień, z kamiennym sercem nie można żyć”.

Źle lub słabo rozwinięta teoria umysłu może prowadzić do tego, że osoba ze spektrum autyzmu, gdy będzie miała ocenić czyjś nastrój czy myśli, nie będzie zwracała uwagi na tak ważne wskazówki niewerbalne, jak prozodia głosu (brzmieniowe cechy mowy), mimika twarzy, wygląd, czy zachowanie człowieka.

Komunikacja niewerbalna również może być ograniczona lub nieadekwatna. Uśmiech autysty może być na tyle niewyraźny, że łatwiej mu będzie powiedzieć, że się cieszy, niż to okazać. Mimika może też być okazywana nad wyraz, np. gdy coś rozśmieszy osobę z ASD, będzie jej trudno zapanować nad rozbarwieniem, co może być odebrane jako wyśmiewanie się. Osoby z ASD opisują, że często śmieją się, bo nie wiedzą jak zareagować na to, co usłyszeli lub po prostu nie rozumieją komunikatu.

Trudności pojawiają się także w obszarze samokontroli.

Osoby ze spektrum mają kłopot z planowaniem bardziej złożonych czynności – często nie wiedzą, od czego zacząć i skupiają się na problemie, który ich blokuje, zamiast po prostu działać. Często dotyczą ich trudności z wykonywaniem złożonych ruchów, np. cierpią na dysgrafię.

Mają także problemy z uważnością (wynika to z deficytu centralnej koherencji) – skupiają uwagę na mało interesujących tematach, nie mogąc przejść dalej. Mają małą przerzutność uwagi. Słabo kontrolują swoje emocje i reakcje (podnoszą głos, odchodzą/wychodzą bez uprzedzenia, a naciskane werbalnie lub gdy są traktowane z agresją odpowiadają czasem agresją, nie zważając na

to, kto jest jej adresatem) – wynika to z trudności w rozumieniu innych i niepokojem z tym związanym.

Często występuje u nich specyficzny rodzaj sztywności w myśleniu i działaniu. Trudno dostosowują się do zmian, szczególnie tych, które wynikają spontanicznie (dzieci z ASD często funkcjonują według stałych, sztywnych reguł – ten sam rytm dnia, ta sama droga do szkoły, zawsze te same ubrania itd.). Wiedza, jaką posiadają, ma często tylko wymiar teoretyczny i nie przekłada się na jej pragmatyczne zastosowanie. Trudno jest im uogólniać posiadaną wiedzę (również deficyt centralnej koherencji). Badania wskazują, że często mają trudność w wyciąganiu wniosków z popełnionych błędów i niespecjalnie chcą je korygować. Wynika to zazwyczaj z niskiej samooceny i lęku przed dodatkową krytyką i oceną.

Wspomniana centralna koherencja jest to umiejętność łączenia informacji z wielu zadań w całość. Osoby z ZA lepiej niż inni dostrzegają szczegóły, ale trudniej jest im interpretować całość, np. po obejrzeniu filmu pamiętają często poszczególne sceny, ale nie ogólny sens i fabułę. Z tego deficytu wynikają trudności w przyswajaniu wiedzy. Osoby z ASD preferują zazwyczaj uczenie się sekwencjami, krok po kroku (często tracąc z oczu sens całego zadania). Mają trudność w odróżnianiu rzeczy ważnych od mniej ważnych (skupiają uwagę na nieistotnych detalach). Złożone bodźce są dla nich problemem i powolnie je przetwarzają.

Zainteresowania i aktywności w funkcjonowaniu osób ze spektrum są bardzo specyficzne.

Dla autystów charakterystyczna bywa wręcz obsesyjna fascynacja konkretnym tematem. Potrafią poświęcać długie godziny na zajmowanie się swoim hobby w samotności, bez potrzeby informowania i dzielenia się z innymi swoimi pasjami, często stawiając je na pierwszym miejscu przed wszelkimi obowiązkami.

Są to często bardzo specyficzne zainteresowania, jak: kolekcjonowanie nakrętek, minerałów, pierwiastków chemicznych, kapeluszy, czy nawet szczotek klozetowych (Attwood 2006, s. 79). Zainteresowania te zmieniają się indywidualnie, niezależnie od trendów rówieśniczych i towarzyszy im pochłanianie olbrzymiej ilości wiedzy i książek na ten temat. Dorosły autystyk często ma za sobą wiele takich pasji i wiedzę na różne specyficzne tematy. Co charakterystyczne, jest to wiedza wyrywkowa, fragmentaryczna i mimo jej posiadania, autysta nie potrafi jej często wykorzystać w sposób pragmatyczny. Osobie ze spektrum po prostu ciężko zobaczyć coś jako część większej całości

i zintegrować to z tą całością. Aktywności takiej osoby są ograniczone do kilku ulubionych, a inne są często wręcz nietolerowane.

Osoba z zespołem Aspergera może mieć tendencję do ustanawiania i praktykowania pewnych rutynowych czynności. Gdy jest już ustalony ciąg czynności, powstaje przymus powtarzania tego w identyczny sposób.

Rutynowe powtarzanie według zasad porządku i symetrii często towarzyszy osobie ze spektrum także w dorosłości. Świat dla autysty jest mieszanką wrażeń, barw, dźwięków, widoków, którą trudno jest zintegrować – wprowadzanie rutyny i powtarzalności pozwala na wytrzymanie tego chaosu, a posiadanie dużej wiedzy na jakiś temat pozwala płynne wypowiedanie się i myślenie o sobie dobrze, mimo świadomości swoich różnych deficytów.

4.3.1. Wrażliwość sensoryczna

Można to uznać za cechę specyficzną dla osób ze spektrum autyzmu. Najczęściej osoby z autyzmem są nadwrażliwe na dźwięki, światło, dotyk, smak, zapach. Wynika to z zaburzonego czucia głębokiego. Przebywanie w głośnych, jasnych pomieszczeniach jest dla nich trudne. Czasem mają wysoki próg bólu i odporność na temperaturę – widać to np. w nieadekwatnym do pogody ubiorze. Mają także słaby zmysł orientacji w przestrzeni – trudność sprawia im poruszanie się po nowym budynku, znajdowanie sal itd. Często występuje u nich synestezja, czyli zdolność postrzegania zjawisk przez kilka zmysłów, np. każda liczba lub litera ma swój niezmienny kolor.

Motoryka

Tony Attwood w swojej książce powołuje się na badania, według których od 50 do 90% dzieci i dorosłych z zespołem Aspergera ma problem z koordynacją ruchową (Attwood 2006, s. 91). Trudność sprawia im nauczenie się gry w piłkę nożną, a także inne gry zespołowe oraz jazda na rowerze. W życiu dorosłym często unikają po prostu tych aktywności.

Te wymienione deficyty wpływają na widoczną u osób ze spektrum izolację społeczną. Występuje ona często z powodu braku chęci wynikającego ze skrajnego indywidualizmu lub nonkonformizmu. Osoby z ASD zwracają się często do innych, głównie gdy chodzi o spełnianie potrzeb, przez co nie są chętnie przyjmowane do grona znajomych przez osoby neurotypowe. Nie mają także umiejętności w nawiązywaniu rozmowy, a także (o czym pisałem wyżej) słabo rozumieją normy i sygnały społeczne.

4.4. Wskazówki dotyczące wsparcia studentów z zespołem Aspergera

- 1** Osoby z Zespołem Aspergera mają problemy organizacyjne niezależnie od wieku i inteligencji. Pomimo że mogą mieć fotograficzną pamięć, to często nie są w stanie pamiętać o przyniesieniu ołówka lub na kiedy przygotować zadanie (np. referat). W takich przypadkach należy pomagać w najłatwiejszy sposób:
 - podawać dokładny opis tego, co powinno być zrobione w domu i na kiedy (krótko, prostymi słowami, zdania nie powinny być wielokrotnie złożone, mogą to być punkty);
 - napisać na tablicy lub w wiadomości, jakie przybory będą potrzebne (mimo że wydaje się to czasem oczywiste), np. zabierzcie czyste kartki w kratkę A5, ołówek, gumkę i dwa długopisy piszące na czarno. Dobrze jest pochwalić ucznia/studenta jeśli sam będzie pamiętał o czymś, czego raz zapomniał;
 - nie krytykować, jeżeli coś studentowi nie wyjdzie. Taka osoba i tak ma niską samoocenę, zacznie więc wierzyć w to, że nie jest w stanie pamiętać.
- 2** Ponieważ osoby ze spektrum autyzmu mają różne kłopoty z komunikacją, nie należy polegać na studencie, że przekaże komuś ważne informacje (zadania, regulaminy, terminy spotkań). Warto zapisać mu je lub dopilnować, by sam zapisał.
- 3** W rozmowie ze studentem z autyzmem najlepiej unikać nadmiernego omawiania (potoku mowy), bowiem ma on trudności z wyłowieniem istotnych informacji. Wówczas wyłącz się i przestanie słuchać. Dobrze jest na koniec streścić w punktach swoją wypowiedź.
- 4** Podczas zajęć należy używać metod aktywizujących (pytania, prośba o powtórzenie tego co usłyszał, podanie wcześniej punktów, na podstawie których będą toczyć się zajęcia, wcześniejsze podanie pytań, na które znajdzie odpowiedź podczas zajęć itd.).
- 5** Osoby ze spektrum autyzmu mają problem z myśleniem abstrakcyjnym i pojęciowym. Część z nich może z czasem przyswoić sobie tę umiejętność, a część – nigdy. W kontakcie z autystą warto więc unikać pytań wymagających opisowych odpowiedzi. Raczej należy „wyciągać” informacje niż pytać w sposób „co mi powiesz na temat...”
- 6** Osoby z zespołem Aspergera mogą nie odczuwać potrzeby dzielenia się informacjami i doświadczeniami, dlatego same raczej nie zgłaszają się

podczas zajęć (nie potrafią sobie zdać sprawy z tego, co myślą lub wiedzą inne osoby). Wydaje im się, że skoro one coś wiedzą, to inni wiedzą to samo i nie ma potrzeby im tego mówić. Warto więc zachęcać osobę ze spektrum do brania udziału w zajęciach, dyskusji, do dzielenia się swoimi doświadczeniami.

- 7** Jeśli w grupie jest osoba z autyzmem, należy ją przygotować do wszelkich zmian w otoczeniu, np.: zastępstwo nauczycieli, dodatkowe spotkania, zmiana rozkładu zajęć, zmiana sali, zmiana charakteru zajęć (np. zamiast zajęć, będziemy oglądać film o interesującej nas tematyce, dobrze jest podać tytuł). Wskazane jest używanie schematów, planów, rysunków, punktów. Warto także wiedzieć, że informacja ustna może nie wystarczyć lub być trudna do zapamiętania, zwłaszcza, jeżeli jest zagmatwana.
- 8** Jeśli nie ma pewności, czy student dobrze rozumie zagadnienie – należy podzielić je na mniejsze części lub zmienić sposób tłumaczenia, używając innej techniki uczenia (wizualna, dotykowa). Warto również sprawdzić, czy i jak zostało się zrozumianym – przytaknięcie nie zawsze pokazuje to, że ktoś prawidłowo rozumie wypowiedź.
- 9** Większość autystów posługuje się mową i interpretuje ją dosłownie, często odbierając komunikaty personalnie. Z tego powodu przy studencie należy unikać idiomów, żartów opartych na podwójnym znaczeniu, sarkazmu (np. „super, brawo” gdy ktoś coś źle zrobi), pseudonimów, pejoratywnych określeń.
- 10** Interpretowanie mimiki i mowy ciała (np. gestów) może sprawiać osobie z ZA wielkie problemy lub być dla niej niemożliwe. Autysta też często w znikomy sposób używa mowy ciała i mimiki. Z tego powodu, że tylko w niewielkim stopniu odbiera delikatne wskazówki społeczne, jakimi są: mimika, zmiana napięcia i wysokości głosu towarzyszące różnym stanom emocjonalnym, może nie być świadomy narastania konfliktu i nie wycofać się w porę. Ważne jest stosowanie konkretnych i klarownych komunikatów, dbając o to, aby były życzliwe dla odbiorcy.
- 11** Osoby ze spektrum autyzmu są często wrażliwe na bodźce słuchowe, wzrokowe, węchowe, kinestetyczno-ruchowe. Mogą one być odbierane jako „za dużo” lub „za mało”. Jeśli widać u takiego studenta podenerwowanie, należy przeanalizować miejsce, gdzie siedzi i co mogłoby mu przeszkadzać, powodować przeładowanie bodźcami, np.:

- zbyt głośna klimatyzacja lub jej brak (towarzysząca temu duszność w sali);
- zbyt jaskrawe światło lub duża liczba dekoracji ściennych, które mogą rozpraszać kogoś nadwrażliwego wzrokowo;
- brzęczenie świetlówek, które może wytrącać z równowagi osobę z nadwrażliwością słuchową;
- siedzenie w tłoku może być nie do zniesienia dla studenta z nadwrażliwym węchem lub sensem kinestetyczno-ruchowym.

Warto zwrócić uwagę, aby stanowisko pracy osoby z ZA dawało mu komfort pracy – pojedyncze miejsce do siedzenia lub po zewnętrznej stronie rzędu, tudzież w pierwszej ławce.

12 Stres działa mocniej na osoby ze spektrum. Przeładowanie bodźcami objawia się poczuciem „utruty kontroli nad stale zmieniającym się i nieprzewidywalnym światem”. Na narastanie stresu mogą wskazywać takie zachowania, jak:

- narastające problemy z zachowaniem (wygłupianie się, przeszkadzanie, kłócenie się, zaczepianie innych);
- pojawiające się stereotypie ruchowe (stukanie, przebieranie palcami przed oczyma, chodzenie w kółko, skakanie lub bieganie po tej samej niewielkiej trasie);
- wyłączenie się, sprawianie wrażenia nieobecnego.

13 W rozładowywaniu stresu pomagają pokoje wyciszenia – wygłuszone pomieszczenie z miejscami do siedzenia, stonowaną kolorystyką ścian, bez lub z niewielką dekoracją. Są to miejsca, w których zestresowana osoba może spędzić trochę czasu w spokoju, przeczytać w ciszy plan zajęć lub notatki.

14 Część osób z autyzmem do rozładowania stresu używa niewielkich zabawek sensorycznych – piłeczki do zgniatania, breloczki do obracania w palcach, kredki do układania. Jeśli osoba ze spektrum z nich korzysta, nie jest to brak szacunku, tylko sposób na bycie w kontakcie w trudnych dla niej warunkach. Czasami jedynym sposobem na zniesienie stresu jest fizyczne opuszczenie miejsca lub sytuacji wywołującej stres (np. wyjście do pokoju wyciszenia).

15 Osoby z zespołem Aspergera często są samotnikami, ale zazwyczaj wynika to nie z niechęci do utrzymywania kontaktów społecznych, lecz z braku umiejętności nawiązywania i podtrzymywania znajomości. Jeśli zauważymy taką osobę (szczególnie w przypadku, gdy jest to osoba

z niepełnosprawnością), która trzyma się na uboczu, nie rozmawia z nikim z rówieśników, ma kłopot z pozyskiwaniem ważnych informacji od reszty grupy – zalecanym jest zasugerowanie jej kontaktu z Pełnomocnikiem ds. osób z niepełnosprawnościami lub/i wystąpienie z wnioskiem o przydzielenie asystenta osoby niepełnosprawnej. Samotność i trudności w relacjach społecznych często stoją na przeszkodzie w wykorzystaniu swojego potencjału, a także przyczyniają się do stanów depresyjnych i porzucenia studiów.

- 16** Osoby z autyzmem mają na ogół problemy z myśleniem twórczym i abstrakcyjnym. Uczą się według schematów. Z tego powodu, gdy tylko to możliwe podczas rozwiązywania zadań należy podawać schemat lub przykłady, którymi można się posłużyć.
- 17** Osoby z ZA mogą mieć kłopoty z koncentracją uwagi, z tempem pracy (zbyt wolne), z orientacją w czasie i przestrzeni, a także z radzeniem sobie ze stresem. Dlatego zaleca się:
 - stworzenie możliwości dłuższej pracy nad zadaniem niż u osoby neurotypowej;
 - możliwość zaliczania materiału w formie pisemnej;
 - możliwość pisania egzaminów siedząc samemu w ławce lub w osobnym pomieszczeniu;
 - indywidualne przekazanie polecenia i sprawdzenie, czy zostało ono poprawnie zrozumiane.
- 18** Korzystną formą pomocy dla osób ze spektrum autyzmu jest stworzenie na terenie uczelni grup wsparcia, w których takie osoby będą miały okazję podzielić się swoimi doświadczeniami, poznać nowe osoby i poradzić sobie z trudnościami.
- 19** Z racji trudności z orientacją w przestrzeni, dla osoby z autyzmem pomocne byłyby mapki z topografią kampusu umieszczone w różnych punktach uczelni, a także wyposażenie studentów z ZA w papierowe wersje takich map lub/i stworzenie aplikacji z pieszą nawigacją po terenie uczelni.
- 20** Wskazana jest współpraca uczelni ze stowarzyszeniem lub fundacją działającą na rzecz osób z autyzmem (np. Stowarzyszenie Pomocy Osobom Autystycznym „Dalej Razem” w Zielonej Górze). Takie miejsca dysponują wykwalifikowaną kadrami, która mogłaby pomóc merytorycznie w trudnych dla kadry i studentów sytuacjach.

4.5. Zasady postępowania w sytuacjach nauczania zdalnego

W przypadku prowadzenia zajęć online nadal ważne będą wszystkie wskazówki dotyczące wspierania studentów z Zespołem Aspergera. Jednak, aby skupić się konkretnie na tej formie nauczania, warto pamiętać, że:

- W trakcie nauki zdalnej ważną rzeczą jest, aby osoby ze spektrum autyzmu miały możliwość skorzystania z nieodpłatnej pomocy terapeutycznej online (np. dzięki nawiązaniu przez uczelnię współpracy z poradnią pedagogiczną, stowarzyszeniem lub fundacją działającą na rzecz osób ze spektrum autyzmu). Dla autysty kontakty społeczne są zazwyczaj trudne, a kiedy taka osoba jest pozbawiona możliwości trenowania ich „na żywo”, często zaczyna tracić wiarę w to, że da sobie radę i rezygnuje z podejmowania wyzwań.
- Z racji tego, że osoby ze spektrum często mają problem z szukaniem i sięganiem dla siebie po wsparcie i pomoc, dobrze jest, aby osoba do tego wyznaczona, np. Pełnomocnik ds. osób z niepełnosprawnościami kontaktował się ze studentami z autyzmem i pytał o ich potrzeby w czasie nauczania online.
- Osoby ze spektrum autyzmu mają często problem z utrzymaniem kontaktu wzrokowego. Podczas zajęć nie należy wymagać tego od takiego studenta, może to wpłynąć bardzo negatywnie na zaprezentowanie wiedzy jaką posiada.
- Dla osób z ZA stres związany z wystąpieniem przed całą grupą będzie tak samo duży bez względu na to, czy są to zajęcia „na żywo”, czy zdalne.
- W przypadku sprawdzianów odbywających się zdalnie, osoba ze spektrum będzie potrzebowała więcej czasu na wykonanie zadań. Bardzo często osoby ze spektrum posiadają diagnozę psychologiczną lub pedagogiczną, w której są określone szczegóły, jakie należy wziąć pod uwagę przy weryfikacji.
- Dobrą praktyką w trakcie nauczania zdalnego jest umożliwianie zaliczenia przedmiotu w formie pracy pisemnej (np. eseju lub prezentacji).
- Ważne, aby indywidualnie zapytać studenta ze spektrum, jak zrozumiał polecenia, bo może zdarzyć się, że wypowiedziane komunikaty nie wystarczą do sprawnej komunikacji między wykładowcą a studentem (szczególnie podczas zaliczeń, egzaminów i kolokwium, które będą odbywały się online). Jeśli tylko to możliwe, należy udostępnić nagrania pomocne w opanowaniu tematu lub zezwolić na nagrywanie swoich zajęć.

- Jeśli to tylko możliwe, wskazane jest wysłanie osobie z autyzmem pisemnej informacji (mail lub wiadomość na komunikatorze, jaki używany jest do komunikacji na zajęciach), co będzie wymagane i jakie terminy będą obowiązywały.
- Osoba ze spektrum może mieć duże problemy z pracą w grupie, szczególnie podczas zajęć zdalnych – warto dopytać o gotowość do takiej pracy i/lub dać możliwość wykonania zadania indywidualnie.
- Osoby ze spektrum autyzmu mają problem z myśleniem abstrakcyjnym i pojęciowym. W kontakcie z autystą, online, jak i na żywo, powinno się unikać pytań wymagających opisowych odpowiedzi. Raczej „wyciąga” się informacje niż pyta w sposób „co mi powiesz na temat...”. Praktykować powinno się raczej zadawanie pytań takiemu studentowi, niż liczyć na jego samodzielną aktywność podczas zajęć zdalnych.
- Osobie z autyzmem należy przekazywać informacje o wszelkich zmianach dotyczących trybu prowadzenia zajęć, a także o czasie i formie w jakiej będą się odbywać.
- W czasie zajęć zdalnych powinny funkcjonować grupy wsparcia dla osób ze spektrum autyzmu. Tacy studenci różnie reagują na naukę zdalną. Część z nich może ją lubić, a dla innej części będzie to trudność, której samodzielnie nie pokonają.

Bibliografia

- 1 Attwood T. (2006). *Zespół Aspergera*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-Ka.
- 2 Dudziak A. (2015). *Zespoły interdyscyplinarne. Budowanie koalicji na rzecz przeciwdziałania przemocy domowej*. W: B. Boniek, A. Dudziak (red), *Zagrożenia bezpieczeństwa społecznego. Wybrane problemy*. WSG.
- 3 Grand C. (2012). *Autyzm i zespół Aspergera*. Warszawa: Wydawnictwo Studio EMKA.
- 4 Preissmann Ch. (2012). *Zespół Aspergera*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- 5 Pużyński S., Wciórka J. (2000). *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania ICD-10*. Kraków – Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius” Instytut Psychiatrii i Neurologii.



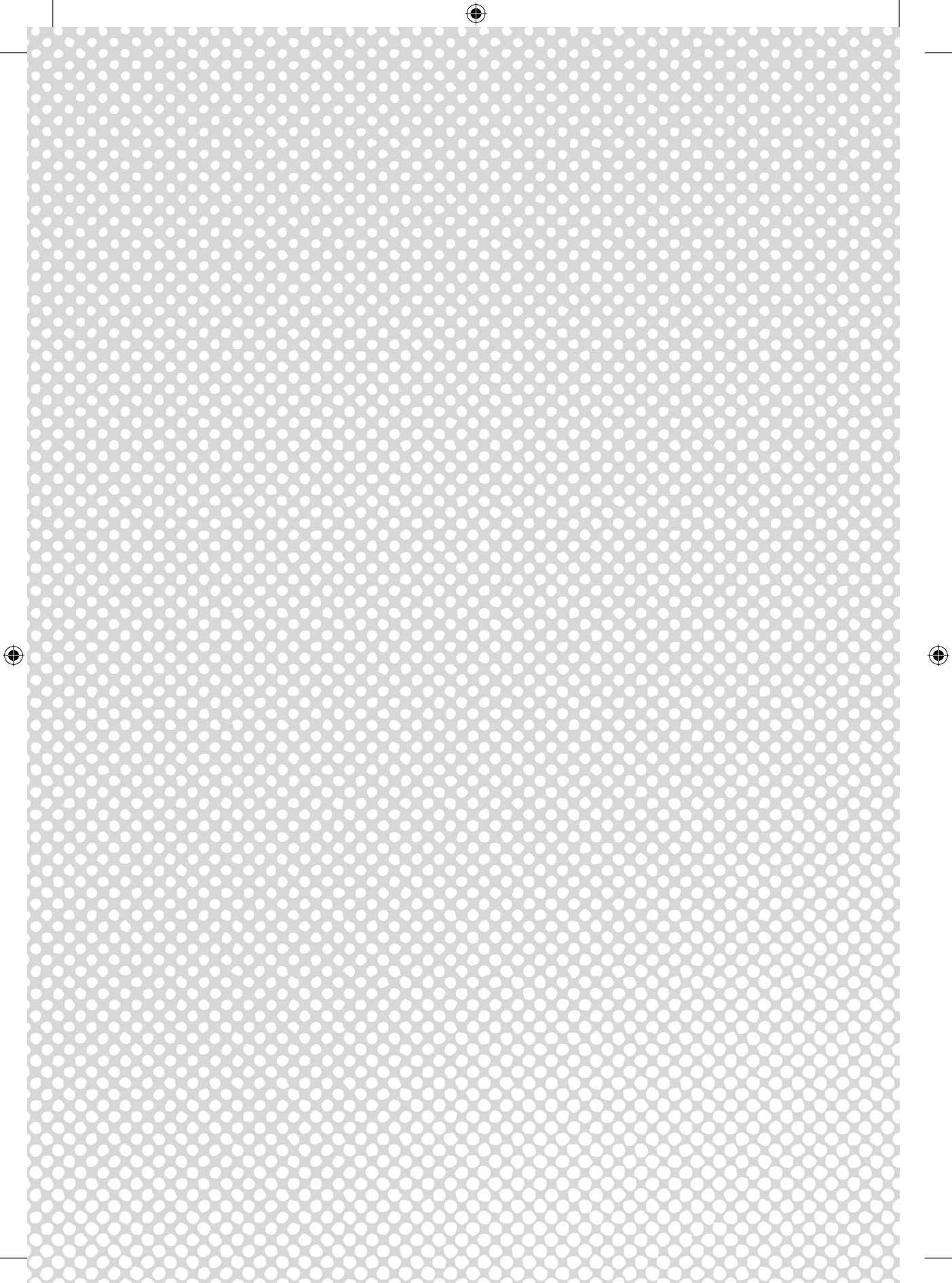
ROZDZIAŁ

5

ZABURZENIA PSYCHICZNE

Magdalena Draszawka*
Anna Dobrychtop

* Magdalena Draszawka, mgr psychologii klinicznej, pracuje jako psycholog i specjalista pracy z rodziną w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Zielonej Górze, pracuje z osobami doświadczającymi przemocy w rodzinie, najpierw w Ośrodku Interwencji Kryzysowej, potem w MOPS. Współpracuje z koordynatorami i specjalistami w ramach procedury „Niebieskie Karty”, magdalena.draszawka@gmail.com



Sytuacja osób z zaburzeniami psychicznymi jest trudniejsza i bardziej złożona od sytuacji osób z innymi typami niepełnosprawności. Postrzeganie ich przez pryzmat funkcjonujących w społeczeństwie negatywnych stereotypów opisujących chorobę, jak i samą osobę chorującą psychicznie, powoduje wiele często nieodwracalnych konsekwencji. Wsparcie studentów z zaburzeniami psychicznymi, ale także tych doświadczających kryzysów psychicznych jest ważnym wyzwaniem, przed jakim stoją dziś uczelnie wyższe w Polsce. Z jednej strony każda szkoła wyższa ma obowiązek dostosowania formy kształcenia do potrzeb i możliwości studentów z niepełnosprawnościami, z drugiej zaś, brak konkretnych procedur określających rodzaj, formę i zasady udzielania pomocy w odniesieniu do osób chorujących psychicznie często nie pozwala na podjęcie odpowiednich działań. Rzeczywistość tę utrudnia istnienie wielu krzywdzących stereotypów, a w efekcie społeczne izolowanie się od chorujących.

Występowanie negatywnych postaw wobec osób cierpiących z powodu zaburzeń psychicznych występuje zdecydowanie częściej niż wobec osób, zmagających się z innym rodzajem deficytu. Już sama diagnoza w kierunku choroby psychicznej niesie za sobą społeczne konsekwencje i nierzadko staje się dość oczywistym powodem stygmatyzacji (Tyszkowska, Podogrodzka 2013). Ponadto jednostka taka musi z jednej strony podejmować liczne działania związane z leczeniem i utrzymaniem maksymalnej sprawności psychicznej, z drugiej natomiast nieunikniona jest konfrontacja z reakcją społeczeństwa, która bywa trudniejsza.

Przystosowanie się do niełatwej sytuacji osób doświadczających zaburzeń psychicznych może prowadzić do czasowej lub trwałej utraty sprawności funkcjonowania w różnych obszarach życia i realizowania podstawowych ról społecznych – wykonywania pracy zawodowej, kształcenia, funkcjonowania w rodzinie i grupach rówieśniczych (Brzezińska, Zwolińska 2010). Brak adekwatnej i wystarczającej wiedzy w społeczeństwie na temat specyfiki różnych zaburzeń psychicznych, ich przyczyn oraz wpływu na zachowanie, czy ogólne funkcjonowanie osoby chorej, może utrudniać realizację podstawowych zadań życiowych. W naturalny sposób niewiedza generuje silny lęk,

co w konsekwencji prowadzi albo do unikania lub ograniczania kontaktu z osobami chorującymi psychicznie, albo nasilają się procesy ich marginalizacji (Brzezińska, Zwolińska 2010).

Współcześnie, coraz częściej uczelnie wyższe stają przez wyzwaniem udzielania wsparcia studentom cierpiącym z powodu różnych zaburzeń psychicznych, i jak się okazuje, nie jest to zadanie łatwe. Z jednej strony każda szkoła wyższa ma obowiązek dostosowania formy kształcenia do potrzeb i możliwości studentów z niepełnosprawnościami, z drugiej zaś proces dostosowania w przypadku studentów z zaburzeniami psychicznymi często nie dotyczy bezpośrednio realizacji zajęć i zaliczeń, a bardziej postaw względem takiej osoby całej społeczności akademickiej, zaczynając od osób pracujących w dziekanacie, przez innych studentów i wykładowców, a kończąc na pracownikach technicznych.

W dalszej części omówione zostaną wybrane zaburzenia psychiczne, których wybór podyktowany był częstotliwością pojawiania się właśnie tych zaburzeń wśród studentów i pracowników uczelni wyższych.

5.1. Zaburzenia nastroju

Zaburzenia nastroju należą do kategorii zaburzeń psychicznych, w których kluczowe objawy dotyczą sfery emocjonalnej człowieka. Termin **ZABURZENIA NASTROJU** w psychopatologii jest stosowany zamiennie z terminem **ZABURZENIA AFEKTYWNE**. To jedne z najczęstszych zaburzeń psychicznych (np. do 20. razy częstsze niż schizofrenia). Zaburzenia afektywne mogą wystąpić na przestrzeni całego życia, w zasadzie od dzieciństwa do późnej starości. Jednak najczęściej ujawniają się pomiędzy 15. a 30. rokiem życia. Wtedy wzrasta częstotliwość występowania zaburzeń depresyjnych do tego stopnia, że można o nich powiedzieć, że należą do najczęściej występujących problemów zdrowotnych współczesnych czasów (Cierpiałkowska, Sęk 2021, s. 349).

Przeżywanie stanów podwyższonego czy obniżonego nastroju jest właściwe wszystkim ludziom. Doświadczenie różnorodnych emocji, radości, złości, smutku, strachu jest normalne, pożądane i zdrowe. Kiedy emocje są komplementarne z określonymi, aktualnymi wydarzeniami w życiu człowieka, doświadcza się ich w sposób spontaniczny, po czym naturalnie przemijają, by zrobić miejsce następnym. Zdarza się jednak, że trwają zbyt długo, a dodatkowo zaczynają im towarzyszyć zmiany w różnych sferach funkcjonowania danej

osoby. Na przykład w sferze poznawczej, motywacyjnej czy fizycznej. Wówczas wahania nastroju, reakcje emocjonalne mogą przybrać postać kliniczną. Nadmierne przeżywanie radości, ekscytacji i związany z tym stan pobudzenia może być rozpoznawany jako hipomania lub mania. Natomiast nadmierne przeżywanie przygnębienia, smutku i poczucia winy prowadzi do stanu identyfikowanego jako depresja (Cierpiałkowska 2021, s. 240). Odczucia te będą powodować cierpienie, zaczną utrudniać wykonywanie codziennych czynności, wypełnianie obowiązków zawodowych czy też komunikację z innymi ludźmi. W końcu również mogą prowadzić do zagrożenia kryzysem suicydalnym, czyli zwiększać ryzyko popełnienia samobójstwa (Cierpiałkowska, Sęk 2021, s. 349).

Typy zaburzeń nastroju (klasyfikacja ICD-10):

- **EPIZOD MANIAKALNY**, który może przybrać postać hipomanii lub manii. Podtypy tych zaburzeń cechuje obecność lub brak objawów psychiatrycznych (urojenia, halucynacje), ich nasilenie oraz czas trwania.
- **EPIZOD DEPRESYJNY**, o przebiegu łagodnym, umiarkowanym i ciężkim. Podtypy tych zaburzeń cechuje obecność lub brak objawów psychiatrycznych, ich nasilenie oraz czas trwania.
- **ZABURZENIA AFEKTYWNE DWUBIEGUNOWE**. Podtypy uwzględniają występowanie epizodów maniakalnych i depresyjnych o zróżnicowanym nasileniu oraz obecność lub brak objawów psychiatrycznych bądź somatycznych.
- **UPORCZYWE ZABURZENIA NASTROJU**, takie jak cyklotymia, dystymia i utrwalone zaburzenia nastroju. Zaburzenia te są przewlekłe, podobne do zaburzeń osobowości.

5.1.1. Stan maniakalny

Występuje (rzadziej niż stany depresyjne) najczęściej w chorobie afektywnej dwubiegunowej (dawniej zwany stanem maniakalno-depresyjnym) (Seligman, Walker, Rosenhan 2017, s. 306). Mania wpływa znacząco na życie, z uwagi na społeczne i ryzykowne zachowania, nad którymi osoba jej doświadczająca stopniowo traci kontrolę. O ile niewielkie nasilenie objawów, czyli stan hipomaniakalny może być oceniany przez chorujących jako przyjemny, pozytywny i twórczy, to w pełni rozwinięty stan maniakalny ma charakter kliniczny i doprowadza do skrajnego wyczerpania psychofizycznego.

Objawy manii to trwale podwyższony, ekspansywny nastrój, który może być nieadekwatnie wesołkowaty lub drażliwy bez istotnych przyczyn

środowiskowych. Nastroj ten musi utrzymywać się przynajmniej przez tydzień (ICD-10). Towarzyszy mu poczucie euforii i niespożytej energii. Zmiany **W SFERZE POZNAWCZEJ** to przyspieszony tok myślenia, poczucie nienadążania za swoimi myślami, myśli chaotyczne (podobne do rozkojarzenia w schizofrenii). Wynikiem tej gonitwy myśli jest słowotok, czyli nadmierna rozmowność, potrzeba mówienia. W nasilonych stanach wypowiedzi tracą sens, cechuje je wielowątkowość i nie sposób za nimi podążać (Strelau, Doliński 2016, s. 561). Objaw ten może występować również w innych zaburzeniach psychicznych. Charakterystyczne są również zaburzenia koncentracji uwagi, niemożność skupienia się na jednej sprawie. Każdy bodziec może wpłynąć na zmianę toku myślenia. Osoba staje się niecierpliwa, skłonna do irytacji i wybuchów gniewu (Cierpiałkowska, Sęk 2021, s. 349). **ZABURZENIA MOTYWACJI** ujawniają się w postaci realizacji nowo odkrytych uzdolnień artystycznych, urzeczywistniania misji religijnej, dobroczynnej, czy politycznej. Utrata kontroli nad popędami, zwłaszcza seksualnymi naraża chorych na szczególny rodzaj konsekwencji w postaci chorób wenerycznych bądź niechcianej ciąży. Kolejne możliwe objawy to częste przerywanie podejmowanych działań, nieadekwatne zachowanie w relacjach społecznych, brak wyczucia kontekstu, w jakim przebiega interakcja z drugą osobą. Możliwe jest również skracanie dystansu, przekraczanie granic intymności, lekceważenie. Zaczepność, agresja, nastawienie, zwłaszcza gdy uznają, że ktoś staje im na drodze do realizacji zamierzeń. W ciężkich zespołach z objawami psychotycznymi mogą dominować urojenia wielkościowe. Osoba w manii uważa, że ma niezwykle możliwości, wszystko potrafi, wszystko załatwi, często jest przekonana o swoim bogactwie, o uprzywilejowanej sytuacji społecznej. Przykładem zachowań w stanie maniakalnym będzie sprzątanie w nocy, robienie wielu rzeczy naraz, nadmierna aktywność towarzyska, niespodziewane wyjazdy, nadmierna aktywność seksualna, przypadkowe relacje seksualne. **ZABURZENIA RYTMU BIOLOGICZNEGO** przyjmują postać zaburzeń snu i łaknienia, zmniejszenia zapotrzebowania na sen. Osoby w epizodzie manii śpią po 3–4 godziny na dobę. W stanach ciężkich może dochodzić do zaniedbywania odżywiania i picia płynów, aż do odwodnienia organizmu. Brak łaknienia i higieny osobistej mogą prowadzić do skrajnego zaniedbania.

W epizodzie mieszanym osoba może mieć objawy charakterystyczne dla obu biegunów naraz, może doświadczać obniżonego nastroju z typowymi myślami depresyjnymi i jednocześnie przyspieszonego toku myślenia i zwiększenia aktywności.

5.1.2. Stan depresyjny

Częstotliwość występowania depresji w ciągu ostatnich 30 lat ogromnie wzrosła. Podręczniki wskazują na dwa szczyty zachorowań na depresję: około 30. i 60. roku życia. Nie bez znaczenia pozostaje również płeć osób chorujących – kobiety doświadczają depresji znacznie częściej niż mężczyźni (Cierpialkowska 2021, s. 241). Depresja zostaje nierzadko bagatelizowana, mimo że w świecie naukowym nie ma wątpliwości co do jej chorobowego podłoża. Mimo częstego, potocznego postrzegania jej jako pewnego negatywnego sposobu myślenia, z którym można sobie poradzić samemu, depresja jest stanem nieprawidłowego funkcjonowania pewnych obszarów mózgu: na przykład hipokampu (odpowiadającego za zapamiętywanie informacji) i kory przedczołowej (odpowiadającej za przetwarzanie informacji i pamięć operacyjną). Świadczy o tym również fakt, że nie można jej wyleczyć tylko za pomocą zmiany sposobu myślenia. Badania rezonansem magnetycznym pokazują, że stopień kurczenia się hipokampu osób depresyjnych był proporcjonalny do liczby przeżytych epizodów depresyjnych. Osoby biorące udział w badaniu uzyskiwały również słabsze wyniki w zakresie pamięci werbalnej w testach neuropsychologicznych (Seligman, Walker, Rosenhan 2017, s. 288). Doświadczanie depresji przekłada się na funkcjonowanie w domu i w pracy. Aby można było mówić o epizodzie depresyjnym, niezbędne jest utrzymywanie się zaburzeń przez okres co najmniej 2 tygodni. Przyczyn choroby można upatrywać w czynnikach biologicznych, rodzaju wychowania ubogiego w dawanie dziecku pozytywnych wzmocnień, ale również w przeżytych wydarzeniach traumatycznych, czy poczuciu braku kontroli nad stresem (zwłaszcza doświadczonym w niedalekiej przeszłości). Literatura podaje również wiele danych na temat występowania depresji u osób doświadczających choroby przewlekłej, której towarzyszy ból (Dudek, Siwek 2007 oraz Wasilewski, Wojnar, Chatizow 2010).

Osoby w stanie depresji funkcjonują poniżej swoich możliwości w wielu sferach życia: osobistej, zawodowej, społecznej. Martin Seligman opisuje cztery grupy objawów depresji: zaburzenia nastroju, zaburzenia myślenia lub poznawcze, motywacyjne oraz fizyczne. Najbardziej charakterystyczny objaw to permanentnie przeżywany **OBNIŻONY NASTRÓJ**. Osoby chorujące opisują, że reagują na wszystko dookoła obniżonym nastrojem i przeżywają głęboki smutek, rozpacz, samotność, upokorzenie, a także lęk. Mają poczucie pustki, beznadziejności, bezużyteczności i poczucie winy. **ZABURZENIA CZYNNOŚCI POZNAWCZYCH** przejawiają się w osłabieniu koncentracji i uwagi, ale przede wszystkim w negatywnej ocenie własnej osoby i otoczenia. Osoba depresyjna

ma głębokie poczucie braku własnej wartości. Nie wierzy w siebie i jest negatywnie nastawiona do przyszłości, która rysuje się w czarnych barwach. Przekonanie, że człowiek poniósł klęskę i że sam jest przyczyną własnych niepowodzeń, w stanach zaawansowanych choroby może przyjmować postać samooskarżeń i urojeń wyzwalających nawracające myśli o śmierci, czyli myśli i tendencje samobójcze. Kolejnym rodzajem zaburzeń towarzyszących depresji są **ZABURZENIA MOTYWACJI**: problemy ze wstawaniem rano z łóżka, realizacją obowiązków domowych czy zawodowych, niechęć i niemożność podejmowania decyzji i aktywności w coraz szerszych zakresach życia, a także utrata energii prowadząca do wzmożonej męczliwości. W silnych stanach depresyjnych może dochodzić do spowolnienia psychoruchowego. Bardzo charakterystyczne są również **OBJAWY FIZYCZNE**. Stopniowo zanika radość życia, dochodzi do utraty zainteresowań, braku przyjemności i reaktywności na wydarzenia, które do tej pory sprawiały satysfakcję. Chorzy doświadczają anhedonii, czyli niemożności przeżywania pozytywnych emocji czy przyjemności, tracą zdolność do radowania się. Często skarżą się na zaburzenia snu, bezsenność, przedwczesne budzenie się rano (dwie i więcej godzin) lub rzadziej nadmierną senność. Zwykle obniża się również apetyt, prowadzący do spadku masy ciała. W zaawansowanych stanach choroby może pojawić się ból, zaburzenia menstruacji i potencji. Objawy te nie muszą występować łącznie, ale musi ich być kilka (Cierpiałkowska, Sęk 2021; Seligman, Walker, Rosenhan 2017; Pużyński, Wciórka 2000).

Zaburzenia nastroju mogą być maskowane przez rozdrażnienie, nadużywanie alkoholu, zachowania histeryczne, narastanie fobii i natręctw czy dolegliwości hipochondryczne (ICD-10).

5.1.3. Zaburzenia dwubiegunowe

Epizody manii i depresji mogą występować naprzemiennie. Zaburzenie afektywne dwubiegunowe charakteryzuje się nawrotami epizodów chorobowych manii lub hipomanii (podwyższonego nastroju, zwiększonej energii i aktywności) i depresji (obniżonego nastroju, spadku energii i aktywności). Pomiedzy epizodami charakterystyczny jest powrót do stanu zdrowia (Pużyński, Wciórka 2000, s. 107–108). W przeciwieństwie do depresji, zaburzenie dwubiegunowe dotyka w równym stopniu kobiety i mężczyzn. Zdecydowana większość ludzi chorujących doświadcza epizodu maniakalnego przed ukończeniem 50. roku życia, z reguły w wieku 20. do 30. lat (Seligman, Walker, Rosenhan 2017, s. 309). Choroba stanowi duże obciążenie, charakteryzuje się

nawrotami i rzadko zdarza się, by naprzemienne epizody występowały w regularnych cyklach, trwają od kilku dni do kilku miesięcy. Choroba najczęściej staje się przyczyną problemów na uczelni, w pracy i w domu. Niektórzy tracą zatrudnienie, małżeństwo, inni zrywają kontakty społeczne, a więc potencjalne źródła wsparcia. Dziwne, ryzykowne zachowanie spotyka się z brakiem zrozumienia. Wśród chorujących wysoki jest również wskaźnik alkoholizmu. W zaawansowanych stanach potrzebna jest hospitalizacja. W niektórych przypadkach istnieje stałe zagrożenie popełnienia samobójstwa (Seligman, Walker, Rosenhan 2017, s. 309).

5.1.4. Ryzyko samobójstwa

Próby samobójcze związane z zaburzeniami nastroju często dokonywane są za pomocą przepisywanych leków. Należy pamiętać o tym, że depresja jest chorobą śmiertelną.

Wśród osób umierających z powodu śmierci samobójczej największą grupę stanowią ludzie cierpiący z powodu zaburzeń psychicznych, głównie depresji, schizofrenii i uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Około 60% pacjentów depresyjnych ujawnia myśli samobójcze, a około 15% odbiera sobie życie (Cierpiałkowska 2021, s. 260).

Szczególnie narażone na ujawnienie się tendencji samobójczych są osoby, u których obraz kliniczny depresji charakteryzuje się:

- Znacznym nasileniem lęku i zaburzeniami snu (czasami całkowita bezsenność).
- Poczuciem beznadziejności, z głębokim przeświadczeniem, że tego złego stanu nie da się w przyszłości zmienić.
- Nasilonym poczuciem winy (czasami o charakterze urojeniowym), połączonym z przeświadczeniem o popełnieniu ciężkich przestępstw i dążeniem do poniesienia kary.
- Przewlekłym schorzeniem somatycznym i różnymi uporczywymi dolegliwościami typu bólowego (Cierpiałkowska 2021, s. 262).

5.2. Zaburzenia lękowe i nerwica natręctw

Zespoły zaburzeń, u podłoża których występuje lęk, rozróżnia rodzaj lęku. Istnieją zaburzenia, których podłożem jest lęk, który nie jest jawny i ma charakter domniemany. Oznacza to, że rozpoznajemy jego istnienie na podstawie

innych objawów. Przykładami takich zaburzeń będą: hipochondria, zaburzenia depersonalizacyjne, dysocjacyjne zaburzenia tożsamości. Inny typ to zaburzenia noszące nazwę **ZABURZEŃ LĘKOWYCH**, u podłoża których występuje lęk odczuwany, jawny, czyli taki, który jest identyfikowany przez osobę, która go doświadcza.

Na początku warto opisać różnicę między doświadczeniem przez człowieka strachu i lęku. Strach jest zjawiskiem naturalnym, jest prostą reakcją na występujące zagrożenie (Cierpiałkowska, Sęk 2021, s. 307). Karen Horney dodaje, że strach jest reakcją proporcjonalną do grożącego niebezpieczeństwa (Horney 2016, s. 41). Lęk natomiast jest uczuciem ogólnej niepewności wobec nieokreślonego zagrożenia (Seligman, Walker, Rosenhan 2017, s. 181) i jest nieproporcjonalny do wielkości niebezpieczeństwa, a nawet stanowi reakcję na niebezpieczeństwo pozorne (Horney 2016, s. 41). Osoba wskazuje na bodźce, które nie są przez innych interpretowane jako niebezpieczne (należy dodać, że w danej kulturze nie są oceniane jako zagrażające). Na potrzeby niniejszego opracowania dokonano charakterystyki niektórych zaburzeń, u podłoża których leży lęk.

Lęki w specyficznych fobiach charakteryzują się odczuwaniem utrzymującego się **SILNEGO NIEPOKOJU** przed określonym przedmiotem, zwierzęciem lub daną sytuacją. Charakterystyczną reakcją jest również zdecydowane **UNIKANIE** wszelkich okoliczności, w których istnieje prawdopodobieństwo zetknięcia się z nimi (unikanie sytuacji fobicznych). Zakładając, że bodźcem fobicznym jest np. pająk, to osoba będzie reagować silnym lękiem, gdy dostrzeże go w pomieszczeniu, w którym się znajduje, ale również będzie unikać miejsc, w których jest prawdopodobieństwo zetknięcia się z nim, np. nie będzie chodzić do piwnicy czy do lasu. **GDY DOCHODZI JEDNAK DO SYTUACJI KONTAKTU** z bodźcem fobicznym, wtedy silny lęk może przybrać postać paniki wraz z objawami wegetatywnymi i somatycznymi. Mimo tego, że osoba doświadczająca takich reakcji **SAMA POSTRZEGA JE JAKO NADMIAROWE** i nieadekwatne, nie jest w stanie ich powstrzymać. Nie poddają się kontroli, mimo ogromnych chęci uwolnienia się od nich. Fobie powodują, że człowiek cierpi. Są przejawem nieprzystosowania, gdyż ograniczają aktywność jednostki. Z uwagi na nieproporcjonalne poczucie zagrożenia można je określić jako irracjonalne. Reakcje takie są również nieakceptowane społecznie i wprawiają osoby obserwujące je z boku w zakłopotanie. Objawy fobii u wszystkich cierpiących są takie same, różnią się tylko jej przedmiotem. Można wymienić fobie przed zwierzętami (pająki, węże, owady, ptaki), fobie przed środowiskiem

naturalnym (wysokość, błyskawica, grzmot, głębokość, ciemność, brud), fobie sytuacyjne (podróże samolotem, mosty, windy, publiczne środki transportu, tunele, zamknięte pomieszczenia, tłum), a także inne fobie – przed zastrzykiem, krwią, zranieniem, zarażeniem się, rozchorowaniem się (szczególnie na nowotwór), śmiercią, bólem czy samotnością.

5.2.1. Fobia społeczna

Ta fobia to lęk występujący w sytuacjach społecznych, w których osoba może zostać oceniona. Towarzyszą jej reakcje unikania (Cierpiałkowska, Sęk 2021, s. 309). Jest to obawa przed znalezieniem się w centrum uwagi innych ludzi oraz obawa, że w wyniku jakiegoś zachowania, osoba doświadczy poczucia kompromitacji, zawstydzenia i zakłopotania. Fobia społeczna najczęściej dotyczy mężczyzn między 15. a 25. rokiem życia i kobiet między 30. a 40. rokiem życia (Cierpiałkowska 2021, s. 350). Jest to okres późnej adolescencji i wczesnej dorosłości, kiedy to kontakty społeczne odgrywają ważną rolę w życiu człowieka z uwagi na tworzenie stabilnych relacji przyjacielskich i związków miłosnych (Strelau, Doliński 2016, s. 564).

Fobia społeczna jest zaburzeniem, które może bardzo utrudnić życie osobom studiującym, ponieważ charakteryzuje się unikaniem takich sytuacji, jak publiczne wystąpienia czy wygłaszanie poglądów. Na gruncie uczelnianym będzie to wygłaszanie referatów, omawianie przygotowanej prezentacji, odgrywanie scenek podczas zajęć laboratoryjnych, poczucie bycia obserwowanym w trakcie zajęć nie tylko przez grupę, ale także oceniającego wykładowcę. Trudnością dla osób z fobią będą interakcje społeczne: wchodzenie do nowej grupy, przebywanie z grupą, uczestniczenie w zajęciach, spotkania towarzyskie czy spotkanie znajomych w miejscach publicznych, a nawet spożywanie posiłków wspólnie z innymi ludźmi przy jednym stole. Zaburzenie to generuje również problemy w kontaktach formalnych, np. załatwianie spraw w urzędach, bankach, a zatem również w dziekanacie, w trakcie konsultacji czy podczas egzaminu.

Fobii społecznej towarzyszą objawy fizjologiczne i zaburzenia somatyczne, zwłaszcza gdy przybiera formę napadu paniki. Objawami będą: drżenie rąk, czerwienienie się, pocenie się, dygotanie całego ciała, czasem zastygnięcie w bezruchu, trudności w wypowiedaniu się.

Wszystko to powoduje, że osoby doświadczające fobii społecznej bardzo często funkcjonują poniżej swoich możliwości. Nierzadko rezygnują z adekwatnego dla nich wykształcenia, gdyż studiowanie powoduje u nich zbyt silny

lęk. Strategia unikania doprowadza do wycofania się z wielu sfer życia społecznego i izolacji społecznej. Taka ilość strat może otworzyć drogę do depresji czy uzależnienia od alkoholu.

5.2.2. Zespół paniki z agorafobią lub bez

To kolejna postać zaburzeń lękowych. Agorafobia dotyczy chorych, kiedy przebywają poza domem, w miejscach publicznych, takich jak: kościół, kino, supermarket, podczas lotu samolotem, jazdy samochodem, autobusem, w windzie, tunelu, a także na otwartych przestrzeniach w górach, na pustym placu, podczas jazdy autostradą, na moście. Paniczny lęk pojawia się w sytuacji, gdy osobie towarzyszy przekonanie, że nie będzie mogła uciec lub natychmiast wydostać się lub uzyskać szybkiej pomocy medycznej, gdyby coś jej się stało. To nie miejsca uruchamiają lęk, ale myśl: „nie dotrze do mnie pomoc”, „mam zawał”, „dostaję udaru mózgu”, „tracę przytomność”, „tracę zmysły”. Chorujący doświadcza również takich objawów, jak pobudzenie autonomicznego układu nerwowego (np. przyspieszone bicie serca, drżenie, pocenie się), ma poczucie utrudnionego oddychania, wrażenie, że się dławi. Towarzyszy mu poczucie odrealnienia, duże napięcie i obawa o własne zdrowie psychiczne (Strelau, Doliński 2016, s. 564). Badania wskazują, że agorafobia w 60% jest konsekwencją powtarzających się napadów paniki. Dla lęku panicznego charakterystyczny jest nagły początek, którego nie można przewidzieć, szybkie osiągnięcie maksymalnego natężenia objawów, które trwają kilka minut. Z uwagi na brak objawów zapowiadających atak, u chorych wytwarza się „lęk przed lękiem” (Strelau, Doliński 2016, s. 564). Z obawy, że napady mogą się powtórzyć osoba unika miejsc, w których doświadczyła napadu paniki lub które ocenia jako te, z których nie może się swobodnie, szybko wydostać lub do których mogłaby nie dotrzeć na czas pomoc (Cierpiałkowska 2021, s. 351). Na uczelni lęk mogłaby wzbudzić np. duszna sala wykładowa, ograniczenie możliwości otwarczenia w niej okna, przebywanie w windzie, ograniczenie komuś wyjścia z pomieszczenia czy budynku, znajdowanie się w zatłoczonym pomieszczeniu czy zatrzaśnięcie drzwi.

5.2.3. Zaburzenia obsesyjno-kompulsywne

W podejściu psychoanalitycznym nazywane *nerwicą natręctw*, to zaburzenie składające się z dwóch elementów:

- **OBSESJI** – czyli natrętnych, uporczywie powracających myśli lub wyobrażeń, nad którymi nie można zapanować czy się ich pozbyć; są one

męczące, odczuwane jako przesadne, najczęściej powodują silny niepokój wewnętrzny i pojawienie się złych przeczuć i obaw;

- **KOMPULSJI** – czyli konieczności wielokrotnego wykonywania tych samych czynności, rytuałów, jak mycie rąk, sprawdzanie (np. czy drzwi zostały zamknięte), liczenie, układanie, porządkowanie (np. naczyń kolorami); są one odczuwane jako uprzykrzające i dezorganizujące normalne życie, a jednocześnie jako obce (Cierpiałkowska 2021, s. 355).

Osoba doświadczająca obsesji ma świadomość, że są to wytwory umysłu, a więc biorą się z wnętrza, nie mają przyczyn zewnętrznych. Odczuwa je jako przesadne, nieracjonalne, zakłócające normalne funkcjonowanie, np. pracę, studiowanie. Obsesje u tej osoby budzą niechęć, na różne sposoby broni się przed nadchodzącymi myślami, stara się je wypierać, zastępować innymi, ale strategie te okazują się nieskuteczne. Reakcją na te myśli są właśnie kompulsje, których celem jest przeciwdziałanie złemu samopoczuciu albo odwracanie przewidywanych przez osobę groźnych zdarzeń lub sytuacji. Natomiast działania te są nieadekwatne, a w szczególności nie są realistycznie powiązane z tym, czemu mają przeciwdziałać. Osoba z zaburzeniem obsesyjno-kompulsywnym zazwyczaj postrzega je jako zapobiegające jakimś nieprawdopodobnym wydarzeniom (np. wyrządzenia krzywdy sobie lub innym), jednocześnie zdając sobie sprawę, że nie prowadzą do wykonywania jakichś użytecznych zadań (Pużyński, Wciórka 2000, s. 125). W takim razie z jakiego powodu chorujący uporczywie powtarzają te czynności? Obsesje powodują silny niepokój wewnętrzny, wzmagają obawy i złe przeczucia. Powtarzanie określonego rytuału jako reakcji na te myśli może zmniejszać lęk. Kompulsje są zatem sposobem radzenia sobie z lękiem. Poprzez poddanie się nim, chory może doświadczyć chwilowego odprężenia (Seligman, Walker, Rosenhan 2017, s. 224), uwolnienia się od lęku (wzmocnienie). Tak kompulsywne rytuały wyjaśnia teoria behawioralno-poznawcza. Teoria neuronauki natomiast traktuje zaburzenia obsesyjno-kompulsywne jako chorobę mózgu. W związku z tym zaburzeniem bada obszary mózgu odpowiedzialne za odrzucanie informacji nieistotnych i odwracanie uwagi (Seligman, Walker, Rosenhan 2017, s. 229–230). Nerwica natręctw dwukrotnie częściej dotyczy kobiet niż mężczyzn. Czasami zaburzenia mogą się pojawić po traumatycznym doświadczeniu, np. po gwałcie, powodując obsesję brudu i czyszczenia. Zaburzenie może być również konsekwencją urazu mózgu lub towarzyszyć chorobom neurologicznym (Seligman, Walker, Rosenhan 2017, s. 229).

5.3. Schizofrenia

Wiele powszechnych przekonań na temat schizofrenii przyczynia się do stygmatyzacji osób chorujących. Nazwa choroby jest często używana w języku potocznym, ale niewiele osób wie na czym polega schizofrenia i jakie są jej objawy. Typowe zdaje się określanie choroby jako niebezpiecznej, nieprzewidywalnej, znajdującej się całkowicie poza kontrolą człowieka. Określenia te mniej mówią o chorych, którzy raczej bywają osobami nieśmiałymi, wycofanymi i zaabsorbowanymi własnymi problemami, a więcej o braku wiedzy, lękach i uprzedzeniach osób zdrowych. Nazwa zaburzenia (gr. *schizo* – rozszczepiać, *phreno* – umysł, rozum) sprawiła niegdyś, że mylnie zakładano występowanie u chorych rozdwojenia osobowości. Natomiast twórca tego terminu E. Bleuler określał za jego pomocą raczej podział, jakiemu ulegają u osób chorujących niektóre funkcje psychiczne, a dokładniej oznaczało to stan chorobowy objawiający się tym, że słowa wypowiedane przez chorych są ze sobą niewłaściwie skojarzone lub powiązane, co powoduje, że wypowiedzi stają się niejasne. Stygmatyzacja, jakiej podlegają chorzy na schizofrenię z powodu samej nazwy zaburzenia, doprowadziła w Japonii w 2002 roku do podjęcia decyzji przez Japońskie Towarzystwo Psychiatrii i Neurologii do jej zmiany na nazwę bardziej neutralną „choroba dezintegracyjna”, dosłownie „zaburzenia jedności ja” (Umehara i in. 2011).

Kolejne błędne przekonanie dotyczące schizofrenii polega na założeniu, że raz zdiagnozowane zaburzenie u danej osoby, zostaje z nią do końca życia. Tymczasem u wielu pacjentów pojawiają się pojedyncze epizody, które nigdy później się już nie powtarzają. Zdarza się też, że po długim okresie braku objawów chory doświadcza kolejnego epizodu. Może też przeżyć kilka epizodów, a pomiędzy nimi funkcjonować zupełnie normalnie: czytać, uprawiać sport, studiować, zdobywać stopnie naukowe. Osoba z diagnozą schizofrenii może nie doświadczać objawów potwierdzających istnienie zaburzenia przez wiele lat (Seligman, Walker, Rosenhan 2017, s. 447).

5.3.1. Obraz kliniczny schizofrenii

Na obraz kliniczny schizofrenii składają się **OBJAWY POZYTYWNE** i negatywne. **PIERWSZE** można określić wytworami przeżyć psychotycznych, występują w ostrej fazie schizofrenii. Są to przede wszystkim zaburzenia spostrzegania, myślenia, komunikowania się oraz zachowania. **OBJAWY NEGATYWNE** to pewnego rodzaju deficyty i obniżenie sprawności, różnicujące osoby chorujące od

innych. To wybrane przejawy funkcjonowania emocjonalnego, poznawczego i wolicjonalnego. Pojawiają się w okresie przedchorobowym, a w trakcie trwania choroby ulegają nasileniu (Cierpiałkowska, Sęk 2021, s. 323–324).

5.3.2. Symptomy pozytywne (wytwórcze)

1 UROJENIA – czyli fałszywe przekonania, sądy o rzeczywistości, niepodlegające zmianie pod wpływem argumentów czy dowodów. To zaburzenia treści myślenia, mające dziwaczny charakter, dlatego też są najbardziej zaskakującymi z symptomów schizofrenii. Ważną cechą urojeń schizofrenicznych jest nieadekwatność nastroju, nie przystają one do obecnych odczuć osoby chorującej (dla odróżnienia osoby w depresji psychiatrycznej miewają urojenia silnie związane z ich aktualnym nastrojem).

Istnieje pięć rodzajów urojeń:

- **UROJENIA WIELKOŚCIOWE** – to przekonanie, że jest się szczególnie ważną osobą, np. Jezusem Chrystusem;
- **UROJENIA ODDZIAŁYWANIA** – to przekonanie, że własne myśli i zachowania kontrolowane są z zewnątrz, np. że istoty z innej planety udzielają osobie instrukcji co ma robić;
- **UROJENIA PRZEŚLADOWCZE** – to lęki, że ktoś (osoby, grupy, rząd, szef, „oni”, FBI,) ma nieczyste zamiary i czyha na chorego, ma on przeświadczenie, że coś się dzieje „za jego plecami”, np. że ludzie podczas zamawiania jedzenia przekazują sobie tajne informacje;
- **UROJENIA ODNIESIENIA (KSOBNE)** – to przekonania, że określone wydarzenia lub ludzie mają dla kogoś specjalne znaczenie, np. że osoba z telewizji mówi bezpośrednio do chorego, lub że przyglądają się mu ludzie na ulicy albo obmawiają chorego;
- **UROJENIA HIPOCHONDRYCZNE** dotyczą nieuzasadnionego przekonania, że coś złego dzieje się z własnym ciałem, np. chorujący na schizofrenię może sądzić, że coś gnije w jego wnętrzu.

Urojenia występują w ostrej fazie choroby, natomiast pod wpływem leczenia farmakologicznego najczęściej zanikają. Warto dodać, że przelotne fałszywe przekonania zdarzają się także zdrowym osobom i nie kwalifikują się jako urojenia. W schizofrenii charakterystyczne jest trwanie pacjenta w błędnych przekonaniach, pomimo nieodpartych dowodów ich fałszywości.

2 HALUCYNACJE – są to zaburzenia spostrzegania (percepcji), błędne spostrzeżenia zmysłowe, które osoba chorująca odbiera jako realne

doznanie, np. słyszy głosy, które mówią do niej, komentują jej zachowanie. Może słyszeć też dwa głosy rozmawiające ze sobą na jej temat, a których nie ma w rzeczywistości (**HALUCYNACJE SŁUCHOWE**). Może też widzieć coś, czego nie ma (**HALUCYNACJE WZROKOWE**). Możliwe są również halucynacje dotyczące innych zmysłów. Charakterystyczna dla doświadczeń schizofrenicznych jest niemożność rozróżnienia pomiędzy tym co zewnętrzne, a tym co wewnętrzne. Osoba, która doświadcza halucynacji słuchowych nie wierzy, że głos jest wytworem, objawem chorobowym. Każda osoba, która doświadcza snu, ma pojęcie, jak mogą wyglądać halucynacje wzrokowe. U większości ludzi sen pojawia się tylko w fazie snu REM, a nie w stanie rozbudzenia. Badacze wskazują na zaburzenia tego procesu, u osób doświadczających halucynacji, nie będącego marzeniem sennym. Badania wykazują, że u pacjentów doświadczających wyżej opisanych omamów, dochodzi do pobudzenia aktywności wzrokowych i słuchowych części kory mózgowej. Urojenia i halucynacje mogą wywoływać u chorujących niepokój, lęk, a czasem nawet przerażenie (Seligman, Walker, Rosenhan 2017, s. 451).

3 ZABURZENIA PROCESÓW MYŚLENIA – schizofrenia nie jest tylko psychozą, a jej istotą nie są wyłącznie urojenia i halucynacje. Jest chorobą funkcjonowania poznawczego, czyli czynności psychicznych, które umożliwiają człowiekowi podejmowanie właściwych decyzji i działań, służą do orientacji w otoczeniu, do zdobywania informacji, uczenia się, analizowania określonej sytuacji, a także formułowania wniosków. Najczęściej wymieniane zaburzenia kognitywne występujące w schizofrenii to zaburzenia pamięci operacyjnej, funkcji wykonawczych, uwagi, selekcji i przetwarzania informacji (Mosiołek 2015).

Zaburzenia procesów myślenia i towarzyszące im zaburzenia mowy polegają na braku zdolności do zachowania toku i ciągłości myślenia, co odzwierciedlają nielogiczne wypowiedzi, a także zdezorganizowane zachowanie chorego. Duże nasilenie tych zaburzeń określa się jako dezintegracja myślenia, a przejawia się w następujący sposób:

- **ZABURZENIA POZIOMU UOGÓLNIANIA**, czyli nadmierne włączanie, tworzenie zbyt szerokich kategorii. W eksperymencie klinicznym przeprowadzonym przez Blumę Zejgarnik, polegającym na sortowaniu obiektów w dowolne klasy, stwierdzono, że chorzy wnioskują i tworzą nietypowe kategorie na podstawie przypadkowego atrybutu,

np. w zbiorze *taczka, łopata, łyżka, kwiat* łączą w jedną kategorię trzy ostatnie wyrazy, gdyż są to „przedmioty wyciągnięte wzdłuż”,

- **ZABURZENIA UKIERUNKOWANIA MYŚLENIA**, czyli myślenie pozbawione celu i kierunku, sądy chorego o jakimś zjawisku przebiegają na różnych płaszczyznach i mogą przyjąć postać wieloplanowości lub rozkojarzenia (nadmiar skojarzeń, bez związków między wypowiedzianymi kwestiami) (Cierpiałkowska 2021, s. 277).

Chcąc dookreślić rodzaje dezorganizacji mowy u osób ze schizofrenią klinicyści wyodrębniają **WYKOLEJENIE**, polegające na przeskakiwaniu z jednego tematu na inny, zupełnie z nim niezwiązany. Odpowiedzi na zadane pytanie mogą mieć z nim niewielki związek. Nadmiar **LUŻNYCH SKOJARZEŃ** odwraca uwagę pacjenta od zamierzonego efektu i upośledza ogólny wydźwięk wypowiedzi. Czasami również mowa osoby chorującej zmienia się pod wpływem dźwięków zawartych w słowie. **SKOJARZENIA DŹWIĘCZNE** mnożą się poprzez rymowanie słów, np. „za-raz, zakaz, nakaz, obcas” (Seligman, Walker, Rosenhan 2017, s. 453).

- 4 **ZACHOWANIA ZDEZORGANIZOWANE** – to typ zaburzenia obserwowany w fazie ostrej choroby, zachowanie, reakcje emocjonalne niedostosowane do sytuacji, niezrozumiałe dla otoczenia. Przebiegają od nieporadności, podekscytowania do rozdrażnienia i pobudzenia. Pacjenci zaniedbują również swoją powierzchowność (Cierpiałkowska, Sęk 2021, s. 324). W trakcie epizodów choroby nierzadko chodzą rozczochrani, nie dbają o higienę, noszą nieodpowiedni ubiór. Może również wystąpić zachowanie katatoniczne charakteryzujące się spadkiem ruchliwości, nawet do stanu zastygnięcia w bezruchu (Seligman, Walker, Rosenhan 2017, s. 453).

5.3.3. Symptomy negatywne (deficytowe)

Wśród objawów negatywnych schizofrenii, wyrażających się jako deficyty i osłabienia występuje spłylenie emocjonalne, obserwowane w postaci ubogiej ekspresji mimicznej. Twarz pacjenta staje się nieruchoma, nie zdradza żadnych oznak emocji, głos może stać się monotony. Pacjent może sprawiać wrażenie nieczułego emocjonalnie, czego jednak nie należy mylić z brakiem zdolności do ujawniania stanów afektywnych. Spłyleniu afektu towarzyszy często ograniczenie mowy, ubóstwo mowy, robienie długich przerw między wyrazami czy brak wypowiedzi (Seligman, Walker, Rosenhan 2017, s. 454). Dodatkowym symptomem jest również nieadekwatny afekt. Brak chęci do działania, obniżenie aktywności celowej, zahamowanie spontaniczności ruchów, beczyność

i apatia prowadzą do zmniejszenia dostosowania społecznego, a co za tym idzie wycofania się osób cierpiących na schizofrenię z kontaktów społecznych (Cierpiałkowska, Sęk 2021; Cierpiałkowska 2021). Negatywne symptomy choroby są odporne na różne formy leczenia farmakologicznego, w przeciwieństwie do leczenia symptomów „wytwórczych”, tutaj nie obserwuje się oczekiwanej odpowiedzi organizmu (Cierpiałkowska, Sęk 2021; Cierpiałkowska 2021).

5.3.4. Społeczne konsekwencje schizofrenii

Pomimo podstaw biologicznych schizofrenii, na przebieg choroby wpływ ma także psychospołeczne otoczenie jednostki. Wpływy środowiska mogą dotyczyć bezpośredniego oddziaływania najbliższej rodziny, a także szerszego kontekstu społecznego, w jakim pacjent funkcjonuje. Dla przebiegu choroby zatem nie bez znaczenia pozostają doświadczenia interpersonalne chorych. Czynniki środowiskowe mogą pełnić funkcję bufora albo uruchamiać symptomy choroby. Warto podkreślić, że zależność ta ma charakter obustronny, ponieważ pacjent może również oddziaływać na swoje otoczenie społeczne (Seligman, Walker, Rosenhan 2017, s. 484). Istotne pozostają zatem deficyty osób zmagających się z tym zaburzeniem w zakresie umiejętności społecznych, które mogą obejmować trudności w nawiązywaniu kontaktów z innymi, słabe funkcjonowanie w rolach społecznych czy obniżoną zdolność rozwiązywania problemów społecznych. Podstawą zdolności adaptacyjnych człowieka jest integracja funkcji psychicznych oraz umiejętności społecznych i zawodowych. Dlatego tak ważne jest doświadczanie przez chorego aktywności i efektywności w działaniu. Wówczas ma on możliwość przenoszenia do przyszłości i wykorzystania swoich dotychczasowych, skutecznych sposobów działania i może mieć nadzieję na pozytywne rozwiązanie innych, trudnych problemów, z jakimi się spotyka. W przeciwnym razie, gdy lista niepowodzeń w radzeniu sobie z trudnościami czy w kontaktach z innymi jest długa, a własne działanie odczuwane jako nieskuteczne, chorzy zaczynają doświadczać skutków naznaczenia społecznego, braku wsparcia społecznego, obniżonego statusu zawodowego. Pojawia się niska samoocena, zmniejsza się poczucie przynależności społecznej oraz identyfikacja z grupą społeczną, do której należą. Stopniowe wycofywanie się osób chorych ma także charakter obronny. Chroni przed ośmieszeniem, znieważeniem czy też ujawnieniem braku kompetencji społecznych. Helena Sęk i Stanisława Steuden podają, że poczucie osamotnienia i izolacji znajduje odzwierciedlenie w wielu badaniach długofalowych dotyczących osób ze schizofrenią (Cierpiałkowska, Sęk 2021, s. 344).

Warto również wiedzieć, że pomimo że cierpiący na schizofrenię nie doświadczają wcale wyższego poziomu stresu niż osoby zdrowe, to stresory życia codziennego silniej na nich oddziałują. Sama choroba jest już czynnikiem stresującym, a dodatkowo może prowadzić do pojawienia się innych stresorów, takich jak zaburzenie relacji z innymi ludźmi, co może skutkować utratą pracy, dochodu, rodziny, znajomych (Seligman, Walker, Rosenhan 2017, s. 488).

5.4. Uzależnienia

- **UZALEŻNIENIE SUBSTANCJONALNE** – uzależnienie od substancji psychoaktywnych;
- **UZALEŻNIENIE BEHAVIORALNE** – uzależnienie od różnych czynności i aktywności (uzależnienie niesubstancjonalne).

5.4.1. Zaburzenia wywołane zażywaniem środków psychoaktywnych

Substancje psychoaktywne towarzyszą człowiekowi od tysięcy lat. Są wykorzystywane w leczeniu chorób somatycznych i zaburzeń psychicznych, powodując łagodzenie bólu fizycznego, obniżenie poziomu lęku, wpływając na funkcjonowanie całego organizmu, zwłaszcza mózgu. Są obecne również podczas ważnych wydarzeń osobistych człowieka, uroczystości rodzinnych, świąt, obrzędów religijnych. Służą zmianie sposobu postrzegania, pogłębianiu stanów przyjemnych, poprawie nastroju, a nawet wywołaniu euforii (Cierpiałkowska 2021; Seligman, Walker, Rosenhan 2017).

Nadużywanie substancji psychoaktywnych urasta do rangi problemu społecznego i prawnego, z uwagi na cały wachlarz niepożądanych następstw, powodujących poważne i przewlekłe problemy zdrowotne (Cierpiałkowska 2021, s. 196). O tym czy mamy do czynienia z zespołem zaburzeń psychicznych i zachowań powodowanych używaniem substancji psychoaktywnych, w dużej mierze przesądzają normy społeczno-kulturowe, czyli różnice społeczne i środowiskowe w tolerowaniu lub braku tolerancji określonych substancji. Na przykład ta sama ilość wypijanego alkoholu w krajach północno-wschodnich traktowana jako picie normalne, w krajach śródziemnomorskich będzie się kwalifikować jako utrata kontroli.

SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE „to wszelkie naturalne i syntetyczne środki powodujące pożądane i niepożądane zmiany funkcjonowania organizmu

człowieka, szczególnie układu nerwowego, narządów wewnętrznych i zachowania” (Cierpiałkowska, Sęk 2021, s. 386). Pożądane efekty to te, które są oczekiwane, np. oczekiwanie zmiany nastroju po zażyciu danej substancji. Efekty niepożądane powodują szereg dolegliwości somatycznych i psychicznych, jak choroby czy uszkodzenia narządów (Cierpiałkowska, Sęk 2021, s. 386).

SZKODLIWE UŻYWANIE SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH rozpoznawane jest, gdy osoba doświadcza szkód o charakterze somatycznym (np. choroby układu krwionośnego) lub psychicznym (np. zespoły lękowe). Nierzadko również ponosi konsekwencje społeczne, takie jak wchodzenie w konflikt z prawem, problemy i konflikty rodzinne, ostracyzm społeczny (Pużyński, Wciórka 2000, s. 73). Zgodnie z kryteriami DSM-IV **NADUŻYWANIE SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH** wiąże się z:

- zaniedbywaniem obowiązków i częstymi nieobecnościami w pracy, w szkole czy w domu;
- zachowaniami ryzykownymi, takimi jak używanie substancji podczas kierowania pojazdem lub w trakcie wykonywania pracy;
- powtarzającymi się problemami natury prawnej (wszczywanie awantur, umieszczanie w izbie wytrzeźwień);
- kontynuowaniem zażywania danej substancji, pomimo częstych problemów interpersonalnych (rodzinnych, towarzyskich) (Cierpiałkowska 2021; Seligman, Walker, Rosenhan 2017).

ZESPÓŁ UZALEŻNIENIA rozpoznawany jest w sytuacji, gdy osoba chorująca doświadcza łącznie przynajmniej trzech z następujących objawów:

- silne pragnienie, a nierzadko poczucie **PRZYMUSU PRZYJMOWANIA** danej substancji (szczególnie intensywnie odczuwane w czasie próby zaprzestania lub kontrolowania jej przyjmowania);
- osoba doświadcza **TRUDNOŚCI W KONTROLOWANIU** zachowań związanych z użyciem substancji (np. źle ocenia ile przyjąć?, kiedy przestać?);
- doświadcza **FIZJOLOGICZNYCH OBJAWÓW STANU ODSTAWIENIA**, czyli zespołu abstynencyjnego, w sytuacji przerwania lub zmniejszenia ilości przyjmowanej substancji (możliwe jest również użycie tej samej lub podobnie działającej substancji, aby uniknąć objawów lub zmniejszyć nasilenie zespołu abstynencyjnego);
- **STWIERDZENIE TOLERANCJI** na działanie substancji, czyli aby uzyskać poprzedni, pożądany efekt, osoba potrzebuje przyjmować coraz większe dawki, co powoduje, że chorujący zaczyna tolerować dawkę, która dla osoby bez zwiększonej tolerancji mogłaby być zagrażająca życiu;

- zaniechywanie i ograniczanie innych źródeł przyjemności i zainteresowań (alternatywnych do przyjmowania substancji), wzrastające angażowanie się w czynności związane ze zdobywaniem i przyjmowaniem substancji oraz z odwracaniem następstw jej działania;
- uporczywe przyjmowanie substancji, pomimo ponoszonych konsekwencji w postaci szkodliwych następstw somatycznych i psychicznych (Pużyński, Wciórka 2000, s. 73–74).

Cechą charakterystyczną zespołu uzależnienia, obok przyjmowania substancji psychoaktywnej, jest również pożądanie tej konkretnej substancji. Podobnie zespół abstynencyjny również będzie charakterystyczny dla danej substancji. Uzależnić można się m.in. od takich substancji, jak: alkohol, marihuana, haszysz, substancje zawierające opiaty, kokaina, amfetamina, LSD, kofeina, leki nasenne i uspokajające, lotne rozpuszczalniki czy tytoń.

5.4.2. Uzależnienia behawioralne

Na funkcjonowanie człowieka istotny wpływ wywiera rodzaj i tempo zmian życia społecznego. Zwiększające się wymagania społeczne skłaniają do refleksji nad możliwościami poradzenia sobie w sytuacji stresu, napięcia czy braku akceptacji trudnych uczuć. Przemiany społeczno-kulturowe sprzyjają kształtowaniu się i utrwalaniu sposobów funkcjonowania jednostki uznawanych za szkodliwe lub niosące znamiona uzależnienia. Zagadnienie to dotyczy takich czynności, jak: korzystanie z nowych technologii i internetu (w tym granie w gry komputerowe, korzystanie z portali społecznościowych), pracowanie, uprawianie hazardu, jedzenie, robienie zakupów, uprawianie seksu, oglądanie pornografii, a także czynności związanych z kształtowaniem własnego ciała (opalenie się, uprawianie aktywności fizycznej, poddawanie operacjom plastycznym) (Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018, s. 13).

Iwona Grzegorzewska i Lidia Cierpiałkowska zwracają uwagę, że mimo powszechnie panującego przekonania o mniejszej szkodliwości uzależnień niesubstancjonalnych, mogą one powodować poważne szkody w życiu osobistym, rodzinnym i zawodowym. Autorki wskazują m.in. na takie konsekwencje, jak: niepokój, cierpienie i depresja, obniżenie samooceny, trauma, konflikty dotyczące związku i rodziny, trudności z utrzymaniem pracy, problemy z prawem, uzależnienia substancjonalne, a nawet myśli i problemy samobójcze.

O **UZALEŻNIENIU BEHAVIORALNYM** świadczy stan, w którym osoba, mimo podejmowanych prób, skarży się na **BRAK MOŻLIWOŚCI ZAPANOWANIA NAD WŁASNYMI MYŚLAMI** (obsesja) i **ZACHOWANIAM** (kompulsje) oraz **ICH**

SKONTROLOWANIA. Dodatkowo w wyniku kompulsywnego powtarzania czynności osoba ta **CIERPI** z powodu różnych problemów (ekonomicznych, interpersonalnych, zdrowotnych), a także ma wobec problemu **POCZUCIE BEZRADNOŚCI** i bezsilności (Cierpiałkowska, Sęk 2021, s. 391). Część badaczy wskazuje na podobieństwo uzależnień behawioralnych do zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych. Wspólna obu zaburzeniom jest funkcja podejmowanych czynności, a mianowicie możliwość rozładowania napięcia i obniżenie niepokoju za pośrednictwem określonego działania. Różni je natomiast celowość i nastawienie na uzyskanie określonego rezultatu. Uzależnienia behawioralne są ukierunkowane na cel (np. ćwiczenia na siłowni, tatuaż, zakupy) i uzyskanie w związku z tym przyjemności. Natomiast w zaburzeniu obsesyjno-kompulsywnym mamy do czynienia z zachowaniem sztywnym i stereotypowym, i nie jest ono skoncentrowane na uzyskaniu konkretnego rezultatu, a służy przede wszystkim radzeniu sobie z negatywnymi emocjami (Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018, s. 21).

Oczywiście wielu z nas przychodzi do głowy myśl: „czy za dużo nie pracuję?“, „czy nie spędzam za dużo czasu na portalach społecznościowych?“, „czy stale muszę być online?“. Kiedy zatem skłonność do określonych zachowań możemy uznać za uzależnienie? – zwłaszcza, że wiele z nich to czynności powszechnie akceptowane, a w okresie pandemii, w warunkach pracy czy nauki zdalnej, wymagane. Aby odpowiedzieć na te pytania, trzeba nawiązać do **KONCEPCJI UZALEŻNIENIA PSYCHICZNEGO**. Traktowane jest ono jako „całokształt zjawisk behawioralnych i poznawczych polegających na nabytej silnej potrzebie stałego wykonywania jakiejś czynności lub zażywania jakiejś substancji, której niespełnienie może, ale nie musi prowadzić do poważnych fizjologicznych następstw” (Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018, s. 27).

Symptomy uzależnienia psychicznego:

- niepohamowane pragnienie wykonywania określonej czynności lub użycia danej substancji;
- wpływ na zmianę nastroju oraz redukcja odczuwanego napięcia;
- ograniczenie możliwości kontrolowania zachowań związanych z uzależnieniem;
- zmiana tolerancji na działanie zachowania (konieczność zwiększania intensywności danego zachowania, stałe nasilenie skutkuje zmniejszeniem pozytywnych doznań psychicznych);
- objawy abstynencyjne, m.in. rozdrażnienie, niepokój, zaniedbywanie życia rodzinnego, towarzyskiego, utrata ważnych zainteresowań;

- wydłużanie czasu na wykonywanie danej czynności, z pominięciem szkód, jakie to zachowanie przynosi;
- powtarzający się schemat zachowań oporny na modyfikację (np. zawsze po przebudzeniu się przeglądanie portali społecznościowych);
- utrwalanie się sztywnego schematu przekonań, który sprzyja powtarzaniu nałogowych zachowań (np. nie spędzam czasu z rodziną, bo muszę więcej zarabiać na ich potrzeby) (Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018, s. 27–28).

Dla osób zainteresowanych pomocne mogą być kwestionariusze, zamieszczone w książce I. Grzegorzewskiej i L. Cierpiałkowskiej „Uzależnienia behawioralne”, na podstawie których czytelnik może przeprowadzić autodiagnozę problemów związanych z różnymi zachowaniami.

5.5. Zaburzenia odżywiania

Problemy w sferze odżywiania stają się coraz powszechniejsze, czego wyrazem jest wyłonienie się w psychologii klinicznej nowej dziedziny, a mianowicie psychologii odżywiania. Należy zwrócić uwagę na to, że już na etapie diagnostycznym, następnie podczas planowania działań interwencyjnych, a także w trakcie leczenia tych zaburzeń konieczna jest ścisła współpraca między psychoterapeutami, lekarzami, specjalistami z zakresu dietetyki i żywienia człowieka.

Zaburzenia odżywiania to forma psychopatologicznych zachowań zagrażających zdrowiu człowieka. Istotą tych zaburzeń są destrukcyjne nawyki żywieniowe oraz nieprawidłowe, często obsesyjnie realizowane zachowania związane z kontrolowaniem masy ciała, które znacząco wpływają na psychospołeczne funkcjonowanie człowieka oraz przyczyniają się do upośledzenia jego zdrowia somatycznego, wyniszczenia organizmu, a nawet mogą w rezultacie prowadzić do śmierci (Cierpiałkowska, Sęk 2021, s. 409).

5.5.1. Anorexia nervosa – jadłowstręt psychiczny

Bardzo często zaczyna się w okresie pokwitania i wczesnej dorosłości, między 14. a 20. rokiem życia, czyli w okresie dojrzewania płciowego i wyłaniania się tożsamości (Cierpiałkowska 2021, s. 431). Mimo iż nazwa zaburzenia (*an* – brak, *orexis* – apetyt) oznacza brak apetytu i to z nim utożsamia się chorobę, to jednak takie ujęcie nie definiuje precyzyjnie głównego problemu osób na nią cierpiących, ani nie oddaje istoty tej choroby. Anoreksji towarzyszy pragnienie skrajnej szczupłości, wytrwałości i kontroli. Osoba chora jednocześnie

odczuwa głód, jak i mu zaprzecza (Cierpiałkowska, Sęk 2021, s. 410). Jednym z pierwszych objawów zaburzenia jest sytuacja, gdy osoba o przeciętnej do wieku i wzrostu masie ciała zaczyna odczuwać **LĘK PRZED PRZYBRANIEM NA WADZE I OTYŁOŚCIĄ**. W konsekwencji tego lęku podejmuje działania, których celem jest utrata wagi, a następnie utrzymanie jej na niskim poziomie. Osoby chorujące, bez względu na okoliczności, obsesyjnie myślą o unikaniu jedzenia, mimo tego, że smak i zapach potraw może sprawiać im przyjemność. Dlatego też unikają sytuacji, w której ktoś mógłby je czymś częstować lub zachęcać do jedzenia. Potrafią w bardzo przekonujący sposób usprawiedliwiać niejedzenie, często tocząc heroiczne walki z sobą i pragnieniem jedzenia. Niejedzenie staje się źródłem satysfakcji związanej z przeświadczeniem o przejściu całkowitej kontroli nad własnym ciałem, głodem i pragnieniami. Osoby chorujące, by poradzić sobie z myśleniem o jedzeniu, obsesyjnie skupiają się np. na pracy lub kompulsywnie ćwiczą fizycznie, co sprzyja w ich rozumieniu dążeniu do wymarzonej sylwetki (Cierpiałkowska 2021, s. 431).

KRYTERIA DIAGNOSTYCZNE ANOREKSJI (ICD-10):

- 1** masa ciała osoby musi utrzymywać się na poziomie o 15% niższym od oczekiwanego dla konkretnego wieku i wzrostu,
- 2** unikanie pokarmów wysokokalorycznych oraz wykonywanie przynajmniej jednej z następujących czynności:
 - a** prowokowanie wymiotów,
 - b** używanie środków przeczyszczających,
 - c** wykonywanie wyczerpujących ćwiczeń fizycznych,
 - d** stosowanie środków moczopędnych,
 - e** stosowanie leków tłumiących łaknienie,
- 3** zaburzone wyobrażenie własnego ciała, obawa przed otyłością powoduje narzucanie sobie niskiego limitu masy ciała,
- 4** pojawiają się zaburzenia hormonalne (u kobiet zatrzymanie miesiączki, u mężczyzn spadek potencji i zainteresowania życiem seksualnym; także wzrost stężenia hormonu wzrostu i kortyzolu czy zaburzenia wydzielania insuliny),
- 5** w okresie adolescencji dochodzi do opóźnienia lub zahamowania procesu pokwitania (Puzyński, Wciórka 2000, s. 151–152).

Trudno jest dostrzec początek anoreksji – dla członków rodziny jest niezauważalny. Rodzina może wiedzieć o stosowaniu diety i zauważyć jedynie spadek masy ciała. Problem jest zwykle widoczny, gdy dieta przybiera już bardziej drastyczną formę, osoba intensywnie ćwiczy, a do tego stosuje różne środki wspomagające utratę wagi. Wychudzenie jest widoczne przy utracie 40–60% masy ciała. Symptomy wyniszczenia organizmu następują po kilku-miesięcznym ograniczaniu jedzenia i wielu głodówkach. Chorobie towarzyszą problemy endokrynologiczne, nefrologiczne, zaburzenia dermatologiczne, sercowo-naczyniowe, zaburzenia nastroju, równowagi elektrolitowej oraz wiele innych (Cierpiałkowska 2021, s. 434). Leczenie anoreksji czasem wymaga hospitalizacji, jednak podstawową metodą pracy jest psychoterapia (Cierpiałkowska, Sęk 2021, s. 411).

5.5.2. Bulimia nervosa – żarłoczność psychiczna

Ujawnia się najczęściej u dziewcząt w okresie późnej adolescencji oraz u młodych kobiet, zazwyczaj między 15. a 28. rokiem życia. Bulimia, czyli „byczy głód” (*bous* – byk, *limos* – głód) objawia się nawracającymi epizodami przejadania się. Osoba chorująca czuje **PRZYMUS POCHŁANIANIA OLBRZYMICZ PORCJI** bardzo różnych pokarmów, nawet produktów niedogotowanych lub nierozmrożonych. Osoba cierpiąca na bulimię uporczywie **KONCENTRUJE SIĘ NA JEDZENIU** i czuje nieodparte pragnienie i przymus spożywania go, przy jednoczesnym **LĘKU PRZED OTYŁOŚCIĄ** (Cierpiałkowska, Sęk 2021, s. 412). Epizod rozpoczyna się od odczuwanego napięcia, które skutkuje szybkim i łapczawym jedzeniem, najczęściej pokarmów wysokokalorycznych. Podczas takich napadów obżarstwa chory doświadcza poczucia utraty kontroli. Po napadzie przez jakiś czas czuje ulgę, ale jednocześnie ma **POCZUCIE WINY I WYRZUTY SUMIENIA Z POWODU UTRATY KONTROLI**. Epizod bulimiczny to nie tylko pojedynczy napad obżarstwa, ale następujące po sobie w krótkim czasie kolejne napady objadania się. Może to trwać przez kilka dni, a nawet tygodni. Osoba chora cały czas jest zaabsorbowana myśleniem o jedzeniu oraz nadmierną kontrolą masy ciała. Przeciwdziałanie tyciu przybiera postać tzw. **ZACHOWAŃ KOMPENSACYJNYCH**, czyli prowokowania wymiotów, stosowania środków przeczyszczających, stosowania okresowych głodówek, zażywania leków tłumiących łaknienie lub środków moczopędnych. Chory określa nieprzekraczalną granicę masy ciała, od utrzymania wagi zależy samoocena, która diametralnie spada po stwierdzeniu minimalnego przekroczenia wyznaczonej wartości (Cierpiałkowska 2021, s. 434).

KRYTERIA DIAGNOSTYCZNE BULIMII (ICD-10):

Do rozpoznania bulimii konieczne jest stwierdzenie następujących objawów (wszystkich):

- 1** stałe zaabsorbowanie jedzeniem, pragnienie jedzenia, epizody żartoczności,
- 2** przeciwdziałanie tyciu za pomocą co najmniej jednej metody (prowokowanie wymiotów, stosowanie środków przeczyszczających, okresowych głodówek, leków tłumiących łaknienie/środków moczopędnych, zaniechanie przyjmowania insuliny przez chorych z cukrzycą),
- 3** chorobliwa obawa przed otyłością, pacjent wyznacza nieprzekraczalne granice masy ciała, znacznie poniżej wartości optymalnej, określonej przez lekarza (Pużyński, Wciórka 2000, s. 153).

Osoba chorująca na bulimię ma poczucie choroby i uświadamia sobie, że jej sposób funkcjonowania jest nieprawidłowy. Fizyczne i psychiczne skutki odczuwa jako dotkliwe. Zaburzenia bulimiczne mogą przechodzić w zaburzenia anorektyczne, tworząc zaburzenia odżywiania o typie mieszanym. Istotę leczenia tu również stanowi psychoterapia, czasem w połączeniu z farmakoterapią (łagodne leki przeciwdepresyjne), a także leczenie specjalistyczne redukujące powikłania związane z objadaniem się (Cierpiałkowska, Sęk 2021, s. 412–413).

5.5.3. Perfekcjonizm, niska samoocena i problemy interpersonalne

Doświadczenie kliniczne i wyniki badań wskazują perfekcjonizm i niską samoocenę jako częstą cechę pacjentów z zaburzeniami odżywiania. Większość osób ma również problemy w relacjach z innymi ludźmi oraz w związkach.

Ekstremalny stopień perfekcjonizmu określono mianem **KLINICZNEGO PERFEKCJONIZMU**, czyli stanu, w którym jest on tak mocno rozwinięty, że zupełnie upośledza funkcjonowanie danej osoby oraz zdaniem niektórych badaczy znacznie wpływa na wyniki terapii. W psychopatologii zaburzeń odżywiania, podobnie jak w psychopatologii klinicznego perfekcjonizmu obserwujemy **PRZYWIĄZANIE NADMIERNEGO ZNACZENIA DO OSIĄGNIĘĆ I PROWADZĄCEGO DO NICH PROCESU**. Osoby doświadczające tego stanu oceniają siebie w dużym stopniu lub wyłącznie w kategoriach

ciężkiej pracy oraz spełniania bardzo wyrubowanych standardów w sferach życia, które dana osoba uzna za ważne. W sytuacji zaburzeń odżywiania chory przykłada wysokie standardy do swojego sposobu odżywiania, wagi, figury i ich kontrolowania. Prowadzi to do szczególnie surowej diety, intensywnych ćwiczeń fizycznych, kontrolowania ciała, które muszą odpowiadać wygórowanym standardom. Kliniczny perfekcjonizm intensyfikuje zaburzenie odżywiania i sprawia, że jest ono jeszcze trudniejsze do leczenia. Charakterystyczne jest ustalanie też nowych standardów w momencie, kiedy cel zostanie osiągnięty. Natychmiast jest wyznaczany nowy cel, jeszcze bardziej wymagający. Powstaje obawa przed tym, czy uda się sprostać osobistym standardom, czego wyrazem jest unikanie oceny jakości wykonania zadania, wielokrotne sprawdzanie i nadmierna koncentracja nad jakością wykonania oraz porównywanie się z innymi. Inne aspekty życia mogą ulec marginalizacji (Fairburn 2013, s. 230).

Niska samoocena może poprzedzać rozwój zaburzeń odżywiania. Badania nad pacjentami z bulimią wskazują na to, że niska samoocena może iść w parze ze słabą reakcją na terapię. W wyniku skutecznej terapii zaburzeń odżywiania samoocena zwykle poprawia się. Natomiast istnieje grupa pacjentów ze skrajnie niską samooceną, wówczas leczenie staje się procesem wyjątkowo trudnym, a wynika to z dwóch aspektów:

- W sytuacji, gdy poziom samooceny jest wyjątkowo niski, pacjenci bardzo silnie dążą do kontrolowania własnego odżywiania, figury, wagi, ponieważ w ten sposób chcą nabrać szacunku do samych siebie. Wówczas wprowadzanie zmian w terapii i leczeniu staje się bardzo trudne. Niska samoocena stanowi dodatkowy mechanizm napędzający zaburzenie.
- Kolejnym aspektem jest bezwarunkowy, negatywny obraz siebie, prowadzący do tego, że pacjenci nie widzą możliwości zmiany i wyjścia z zaburzenia. Nie angażują się w terapię. Jest tak, jakby już na początku spisywali się na straty. W tej grupie pacjentów, jeśli w trakcie terapii temat samooceny nie zostanie podjęty, ma ona niewielkie szanse powodzenia (Fairburn 2013, s. 240).

Problemy interpersonalne dotyczą większości osób doświadczających zaburzeń odżywiania. Intensywność kontaktów międzyludzkich spada w miarę rozwoju zaburzenia. Życie towarzyskie pacjentów poprawia się w momencie uwalniania się od negatywnego wpływu zaburzenia. Niestety, nie u wszystkich następuje taka poprawa i łatwo można zaobserwować szkodliwą interakcję pomiędzy problemami z odżywianiem a funkcjonowaniem społecznym. Dlatego też jest to kolejna kwestia, którą należy podjąć w terapii (Fairburn 2013, s. 247).

Pierwsze próby terapii rodzin pacjentek z zaburzeniami odżywiania wywodziły się z nurtu psychoanalitycznego i koncentrowały na sposobie, w jaki członkowie rodziny na siebie oddziałują i wyrażają konflikty. Najnowsze podejście opiera się na technikach terapii behawioralnej i poznawczej pomagających rodzinie ograniczyć objawy pacjentów. Czasami leczenie wymaga wspomagania farmakologicznego (leki przeciwdepresyjne w bulimii). Natomiast większość klinicystów jest zgodna co do konieczności stosowania psychoterapii, nawet dla tych pacjentów, którzy przyjmują leki (Seligman, Walker, Rosenhan 2017, s. 367).

5.6. Wskazówki dotyczące wsparcia studentów z zaburzeniami psychicznymi

Przed społecznością akademicką stoi wiele wyzwań. Jednym z nich jest wyście naprzeciw potrzebom studentów z zaburzeniami psychicznymi czy studentów doświadczających kryzysów zdrowia psychicznego. Obecność osób w kryzysie zdrowia psychicznego nie jest zjawiskiem nowym w przestrzeni edukacyjnej. Raport dotyczący Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego 2016–2020 podkreśla, że polskie społeczeństwo ma niski poziom świadomości społecznej w zakresie ochrony zdrowia psychicznego i nie jest w dostatecznym stopniu przygotowane do radzenia sobie z kryzysami życiowymi. Natomiast osoby potrzebujące wsparcia podlegają procesowi indywidualnej i strukturalnej stygmatyzacji, dyskryminacji oraz wykluczeniu. Jak zatem wspierać studentów przeżywających takie kryzysy, kiedy stają przed koniecznością funkcjonowania w środowisku o wysokich wymaganiach, pomimo ograniczeń wynikających ze stanu zdrowia?

Wzrost liczby studentów z zaburzeniami psychicznymi, powoduje coraz większe zainteresowanie przedstawicieli uczelni tworzeniem wspólnej przestrzeni edukacyjnej dla osób uczących się, w tym narażonych na społeczne wykluczenie lub marginalizację. Społeczne znaczenie problematyki motywuje do poszukiwania istniejących dobrych praktyk i przeglądu rezultatów programów realizowanych przez szkoły wyższe.

W celu włączenia studentów doświadczających kryzysów zdrowia psychicznego do pełnego uczestnictwa w społeczności akademickiej warto byłoby podjąć określone działania, które opisane zostały poniżej.

5.6.1. Diagnozy sytuacji w uczelni

Przeprowadzenie badań dotyczących postrzegania osób doświadczających kryzysów zdrowia psychicznego w społeczności akademickiej. Badanie dotyczyć powinno przede wszystkim postaw studentów i pracowników wobec osób doświadczających kryzysów zdrowia psychicznego, wiedzy z zakresu zdrowia psychicznego i stosunku do studentów doświadczających kryzysu zdrowia psychicznego, zdiagnozowania wiedzy pracowników o trudnościach w funkcjonowaniu akademickim i wyrównywaniu szans tej grupy studentów.

Warto dokonać również przeglądu doświadczeń innych uczelni wyższych w zakresie tworzenia systemu wsparcia dla tej grupy studentów.

Dokonanie diagnozy i analiza zebranych danych powinna służyć m.in. do:

- Stworzenia przyjaznej przestrzeni edukacyjnej dla studentów doświadczających kryzysów zdrowia psychicznego.
- Wprowadzenia rozwiązań wspierających tę grupę studentów w procesie efektywnego studiowania.
- Włączenie studentów doświadczających kryzysów zdrowia psychicznego do pełnego uczestnictwa w społeczności akademickiej.
- Dostosowanie procesu dydaktycznego do potrzeb tej grupy studentów.
- Objęcie wsparciem tych sfer życia studentów, które uwzględniają zadania rozwojowe okresu wczesnej dorosłości (związanych z decyzjami życiowo ważnymi: wybór drogi życiowej, kwestie związane z samodzielnością finansową, sprostanie zadaniom o charakterze intelektualnym).

5.6.2. Podnoszenie świadomości

Jednym z fundamentalnych działań podejmowanych przez uczelnie wyższe powinno być podnoszenie świadomości środowiska akademickiego na temat funkcjonowania i potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi. Aktywność ta mogłaby opierać się na:

- Tworzeniu projektów o charakterze edukacyjnym: edukowanie społeczności akademickiej z zakresu potrzeb osób doświadczających kryzysów zdrowia psychicznego.
- Podejmowaniu działań uwrażliwiających społeczność akademicką na problematykę higieny zdrowia psychicznego.
- Tworzeniu wydarzeń, których celem jest zwiększenie zasobów zdrowia psychicznego w społeczności akademickiej.
- Wdrożeniu działań dotyczących systemu wsparcia dla studentów doświadczających kryzysów zdrowia psychicznego.

W efekcie takiej działalności nastąpiłoby zwiększenie jakości życia całej społeczności akademickiej.

Bezpośrednie czynności podejmowane w celu wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi powinny polegać m.in. na:

- Stworzeniu broszury skierowanej do pracowników oraz studentów, dotyczącej wsparcia osób doświadczających kryzysów zdrowia psychicznego, która zawierałaby zasady wsparcia na każdym etapie przebiegu choroby lub zaburzenia oraz standardy, jakimi powinna kierować się osoba w pracy ze studentami doświadczającymi kryzysów zdrowia psychicznego. Co więcej powinna zawierać treści zachęcające studentów do wsparcia rówieśników na każdym etapie rozwoju problemu psychicznego: od pierwszych objawów do wsparcia w procesie zdrowienia i powrotu na uczelnię po przerwie związanej z procesem leczenia.
- Informowaniu studentów o możliwości ubiegania się o wydłużenie czasu egzaminu oraz przeniesienie egzaminu na termin bardziej dogodny czy urlop zdrowotny, w trakcie którego można uczestniczyć w wybranych zajęciach.
- Zapewnieniu poradnictwa psychologicznego (pomoc w rozwiązywaniu bieżących problemów doświadczanych w czasie studiów).
- Prowadzeniu doradztwa z zakresu efektywnego uczenia się (ćwiczenie umiejętności związanych ze zwiększaniem koncentracji uwagi, usprawnianiem procesów pamięciowych, zmniejszeniem napięcia związanego z ekspozycją społeczną).
- Organizowaniu wykładów dla studentów z psychopatologii, prowadzonych przez lekarzy psychiatrów na temat zaburzeń i chorób psychicznych.
- Organizowaniu dni zdrowia psychicznego. W ich ramach przygotowanie (dla studentów i pracowników uczelni) szkoleń i wykładów, podnoszących wiedzę psychologiczną uczestników i motywujących do prozdrowotnego stylu życia.

Większość zaburzeń ma swój początek między okresem dojrzewania a okresem wczesnej dorosłości. Przyczyny, które mogą powodować wystąpienie pierwszych symptomów zaburzeń wśród młodzieży akademickiej, to m.in.: zmiany życiowe wynikające z podjęcia studiów, zmiana otoczenia, większa odpowiedzialność finansowa, nowe relacje, relacje uczuciowe. Środowisko akademickie jest mniej ustrukturyzowane niż szkoła średnia, jest w nim również potencjalnie dużo różnego rodzaju dystraktorów.

Studenci, którzy znajdują się pod opieką lekarza psychiatry, podejmują wysiłek uniknięcia procesu stygmatyzacji. Są wciąż narażeni na negatywne postawy społeczne, co może prowadzić do bezpośredniego odrzucenia społecznego lub „oczekiwania” takiego odrzucenia. Może się ono przejawiać w postaci wstydu, spadku samooceny, zmiany obrazu własnej osoby, braku wiary w swoje możliwości oraz w skuteczność własnych działań. Obawa przed odrzuceniem społecznym może mieć konsekwencje w zakłóconych relacjach z innymi i pogorszeniu funkcjonowania społecznego. Negatywne konsekwencje stygmatyzacji przyczyniają się do podniesienia poziomu stresu, a co za tym idzie zwiększonego ryzyka wystąpienia kolejnych zaburzeń.

Wśród strategii, które mają pomóc jednostce w radzeniu sobie z procesem stygmatyzacji można wymienić edukowanie, którego celem jest wpływanie na innych. Rozwijanie „narracyjnej wyobraźni”, która pozwala dostrzec marginalizowane i wykluczone osoby oraz rozwinąć u młodzieży akademickiej postawy empatii i wrażliwości.

W zakresie trudności w uczeniu się studenci mogą doświadczyć:

- problemów z koncentracją i utrzymywaniem uwagi,
- pogorszenia pamięci,
- spowolnienia psychoruchowego,
- przyspieszonego toku myślenia,
- lęku przed publicznym wypowiedaniem się,
- perfekcjonizmu i nadmiernych wymagań,
- lęku przed przebywaniem w zamkniętych pomieszczeniach,
- trudności związanych z sesją egzaminacyjną (duże obciążenie),
- skutków ubocznych działania leków psychotropowych (pogorszenie pamięci, zmiana tempa pracy).

Diagnoza w kierunku istnienia zaburzeń psychicznych ma określony kontekst społeczny, który nierzadko dla chorego ma jeszcze bardziej dotkliwe konsekwencje, niż same objawy choroby. To właśnie zbyt pochopne posługiwanie się etykietami diagnostycznymi może stanowić źródło stygmatyzacji (Świtaj 2009). Dzieje się tak w wyniku zbyt silnego przywiązania do opisów poszczególnych kryteriów diagnostycznych i postrzegania ich jako obiektywnych cech jednostki, które definiują jej osobowość jako całość. Nie jest więc najczęściej odbierana jako sposób interpretacji pewnych zjawisk, które służą praktyce klinicznej i konstruowania użytecznych narzędzi badawczych (Świtaj 2009).

Występowanie zaburzeń psychicznych należy do dość często występujących problemów w obszarze zdrowia. Wśród tych, którzy poszukują pomocy

medycznej jest około 30% ludzi (Chudzicka-Czupała, Biernat 2018). Najczęściej osoby te cierpią na zaburzenia nerwicowe i różne zaburzenia osobowości. Według danych statystycznych rocznie z pomocy placówek zdrowia psychicznego korzysta około 4% ludności naszego kraju (por. Wciórka, Wciórka 2008; Szpunar 2009).

Społeczne postrzeganie osób chorujących psychicznie przepełnione jest stereotypami, czego efektem jest negatywne i stygmatyzujące ich traktowanie (Czykwin 2007). Jednostki te odbierane są jako niebezpieczne, budzą lęk i są izolowane lub wykluczane przez pozostałych członków społeczeństwa. Niektóre badania wskazują, że to właśnie zaburzenia psychiczne są źródłem wykluczenia społecznego, znacznie silniejszego niż inne choroby (Chudzicka-Czupała, Biernat 2018). W związku z tym osoby z diagnozą choroby psychicznej często nie są w stanie realizować wielu ważnych ról i celów życiowych. Mają ograniczone możliwości nawiązywania satysfakcjonujących relacji międzyludzkich oraz zmniejszone szanse na rynku pracy. W rzeczywistości polskiej – jak twierdzi Świtaj (2008) – w ostatnich latach niewiele poprawiła się sytuacja ludzi chorujących psychicznie, zwłaszcza jeśli chodzi o postawy społeczne. Wciąż nacechowane są one silnym dystansem, brakiem zaufania oraz lękiem wobec nieznanego.

Wyniki badań CBOS, opublikowane w latach 2000, 2008 oraz 2012, wskazują, że pozytywny i życzliwy stosunek do chorujących psychicznie zmalał o ok. 14%. Natomiast zwiększyła się postawa obojętności wobec tej grupy. Inne badania również ujawniają, że osoby z zaburzeniami psychicznymi, uznawane są przez znaczną część społeczeństwa polskiego jako niebezpieczne (70% badanych), agresywne (61%), nieprzewidywalne (85%), a przy tym są zaniedbane (34%) i powinny zostać odizolowane od społeczeństwa (31%) (Mroczek i in. 2014). Aż 96% badanych zadeklarowało, że unika chorujących psychicznych, a 67% nigdy nie chciałoby się z taką osobą spotkać. Tylko 5% ankietowanych przyznaje, że ma szacunek do tych, którzy doświadczają różnych chorób natury psychicznej, ale 40% przyznało się do naśmiewania z nich, a także obrażania słowami i gestami (24%), oraz 16% zadeklarowało chęć publicznego wystawienia takiej osoby na pośmiewisko (Mroczek i in. 2014).

Źródłem stygmatyzacji względem osób chorujących psychicznie jest lęk, który dodatkowo podsycany jest niskim poziomem wiedzy na temat przyczyn, przebiegu czy objawów różnych zaburzeń psychicznych. W konsekwencji czego mogą uruchamiać się silne negatywne reakcje emocjonalne osób zdrowych względem niezrozumiałych zachowań chorujących (Wciórka 2011, za: Witusik, Leszto, Podgórska-Jachnik, Pietras 2015).

Z pewnością takie postrzeżenie jednostek chorujących psychicznie ma swoje źródło również w kreacji medialnej, gdzie najczęściej osoby te przedstawiane są tam jako niebezpieczni przestępcy, czyli ci, którzy zagrażają ludzkiemu życiu i zdrowiu (Dobrzyńska, Rymaszewska, Kiejna 2007). Takie stylizacje można zobaczyć w filmach kryminalnych, czy w zdawkowych informacjach podawanych przez media na temat popełnionego przestępstwa. Oczywiście można znaleźć również takie obrazy, gdzie osoby chorujące psychicznie przedstawiane są z innej perspektywy, tej bardziej realnej i opartej na wiedzy („Piękny umysł” (Beautiful mind); „Awiator” (The Aviator)). Jednak tych pierwszych jest zdecydowanie więcej. Rozwój nauki i medycy spowodował zmiany we współczesnym podejściu do leczenia osób z zaburzeniami psychicznymi. Dziś nie tylko osoby te mogą żyć aktywnie i niezależnie, ale także realizować swoje cele oraz plany zawodowe i osobiste. Ukazywanie więc takich szokujących, sensacyjnych, a co najważniejsze niepełnych i nieprawdziwych obrazów jest krzywdzące dla tych, którzy doświadczają problemów ze zdrowiem psychicznym. Brak wiedzy i niechęć do tej grupy kształtuje postawy strachu, wykluczania i dystansowania się wobec nich, a co więcej – potęguje funkcjonowanie istniejących stereotypów (Chudzicka-Czupała, Biernat 2018).

Do zaburzeń, które obarczone są największą stygmatyzacją należą zaburzenia psychotyczne, takie jak schizofrenia oraz te związane z występowaniem manii (Dziwota 2014). Wśród osób chorujących na schizofrenię, w badaniu przeprowadzonym przez Świtaję (Świtaj 2008) (153 ankietowanych), aż 97% respondentów zadeklarowało, że doświadczyli co najmniej jednej sytuacji, w której byli stygmatyzowani ze względu na swój stan zdrowia. Zdecydowana większość chorujących (86%) nie ujawnia istnienia choroby osobom spoza najbliższej rodziny. Co więcej, 40% badanych uważa, że przyznanie się do problemów ze zdrowiem psychicznym doprowadzi do ich izolowania społecznego. Warto jednak podkreślić, że również depresja, mimo że nie wzbudza tak silnych i negatywnych emocji jak te wcześniej wymienione, to również generuje lęk i posługiwanie się stereotypami. Widoczne jest to nawet wśród specjalistów, to znaczy lekarzy czy studentów medycyny (Dziwota 2014).

Konsekwencje stygmatyzacji i społecznego izolowania się od osób z zaburzeniami psychicznymi mogą powodować pogarszanie się samej choroby, ale także niemożność wspierania tej grupy osób. Wstyd z powodu schorzenia prowadzi często do jego ukrywania, a to w rezultacie może nasilać proces stygmatyzacji i marginalizacji chorujących. Postrzeżenie ich przez pryzmat funkcjonujących w społeczeństwie negatywnych stereotypów opisujących

chorobę, jak i samą osobę chorującą psychicznie, powoduje wiele, często nieodwracalnych konsekwencji.

Podniesienie jakości wsparcia studentów z zaburzeniami psychicznymi, ale także tych doświadczających kryzysów zdrowia psychicznego, jest ważnym wyzwaniem przed jakimi stoją dziś uczelnie wyższe w Polsce. W dużej części są one dopiero w procesie przygotowywania możliwych rozwiązań udzielania pomocy studentem w dostosowaniu procesu kształcenia do ich potrzeb. Nie jest to jednak proste zadanie, gdyż brak jest konkretnych procedur określających rodzaj, formę i zasady udzielania wsparcia w tym obszarze. Z jednej strony trzeba znaleźć rozwiązania, które pozwolą zminimalizować bariery w procesie edukacji. A więc, poza podstawowymi formami dostosowywania, takimi jak: alternatywne sposoby zaliczania zajęć, wydłużanie czasu egzaminów, dostosowywanie materiałów dydaktycznych, należy wziąć pod uwagę fakt, że w sytuacji studentów z zaburzeniami psychicznymi, takimi jak schizofrenia, silne depresje, zaburzenia lękowe, są one niewystarczające. Zachowanie takich studentów bywa często niezrozumiałe dla pracowników, a także dla innych kolegów i koleżanek z roku, co budzi lęk, a w efekcie niechęć do pracy z nimi. Z drugiej więc strony należy podejmować działania zmierzające do zwiększania wiedzy całej społeczności akademickiej na temat chorób psychicznych i ich konsekwencji dla funkcjonowania człowieka. Do czasu, kiedy wiedza ta nie będzie rozpowszechniana w sposób rzetelny, bez stereotypów i uogólnień, ich życie w społeczeństwie, ale także i w środowisku uczelnianym będzie niełatwe, dla jednej i drugiej strony.

Bibliografia

- 1 Brzezińska A.I., Zwolińska K. (2010). *Marginalizacja osób z ograniczeniami sprawności na skutek zaburzeń psychicznych*. *Polityka Społeczna*, 2, s. 16–22.
- 2 Chudzicka-Czupata A., Biernat M. (2018). *Psychologiczne koszty diagnozy psychiatrycznej i stygmatyzacji. Jak skuteczniej pomagać osobom doświadczającym problemów ze zdrowiem psychicznym?* *Czasopismo Psychologiczne Psychological Journal*, <http://czasopismopsychologiczne.pl/files/articles/2018-24>
- 3 Cierpiatkowska L., Sęk H. (2021). *Psychologia kliniczna*. Warszawa: PWN.

- 4 Cierpiątkowska L. (2021). *Psychopatologia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- 5 Czykwin E. (2007). *Stygmat społeczny*. Warszawa: PWN.
- 6 Dobrzyńska E., Rymaszevska J., Kiejna A. (2007). *Problem jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi*. Katedra i Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej, <http://www.advances.umed.wroc.pl/pdf/2007/16/1/173.pdf>
- 7 Dudek D., Siwek M. (2007). *Współistnienie chorób somatycznych i depresji*. *Psychiatria*, 4(1), s. 17–24.
- 8 Dziwota E. (2014). *Stygmatyzacja osób chorych psychicznie*. *Problemy Psychiatrii*, 15(1), s. 18–23.
- 9 Fairburn Ch. G. (2013). *Terapia poznawczo-behawioralna i zaburzenia odżywiania*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- 10 Grzegorzewska I., Cierpiątkowska L. (2018). *Uzależnienia behawioralne*. Warszawa: PWN.
- 11 Horney K. (2016). *Neurotyczna osobowość naszych czasów*. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- 12 Mosiołek A. (2015). *Schizofrenia jako choroba funkcjonowania poznawczego*. *Psychiatria*, 12(3), s. 128–136.
- 13 Seligman M., Walker E., Rosenhan D. (2017). *Psychopatologia*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- 14 Strelau J., Doliński D. (2016). *Psychologia akademicka. Podręcznik*. Tom 2. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- 15 Pużyński S., Wciórka J. (2000). *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania ICD-10*. Kraków – Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius” Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- 16 Szpunar M. (2009). *Odgrodzeni od świata poprzez bariery mentalne. Społeczne stereotypy i dystanse wobec osób chorych psychicznie*. W: W. Muszyński, E. Sikora, *Pod wielkim dachem nieba. Granice, migracje i przestrzeń we współczesnym społeczeństwie*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek, s. 309–320.
- 17 Umehara H. i in. (2011). *Od „schizofrenii” do „zaburzenia jedności ja”*. *Przyczyny i następstwa przemianowania pojęcia schizofrenia w Japonii w 2002 roku*. *Nervenarzt*, 82, s. 1160–1168. (<https://podyplomie.pl/publish/system/articles/pdfarticles/000/015/007/original/43-49.pdf?1472556850>)
- 18 Wasilewski D., Wojnar M., Chatizow J. (2010). *Depresja a ból: ogólnopolskie badanie epidemiologiczne*. *Psychiatria Polska*, tom XLIV, nr 3, s. 435–445.
- 19 Wciórka B., Wciórka J. (2008). *Osoby chorujące psychicznie w społeczeństwie. Komunikat z badań*. Warszawa: CBOS.

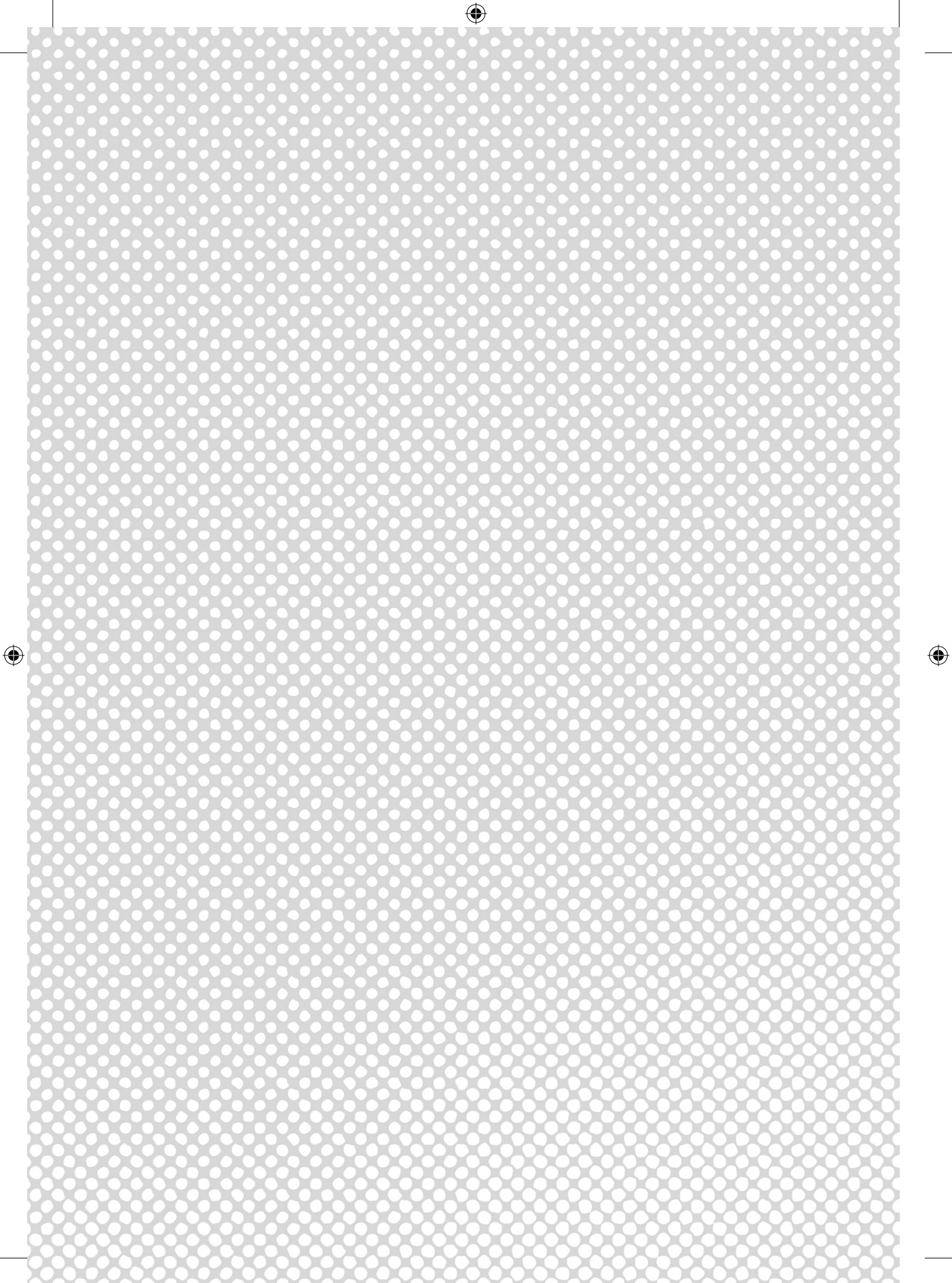


ROZDZIAŁ

6

**ZJAWISKO PRZEMOCY
W ŚRODOWISKU
AKADEMICKIM.
CHARAKTERYSTYKA
ZJAWISKA PRZEMOCY
I RÓŻNYCH JEJ FORM**

Magdalena Draszawka



Przemoc jest zjawiskiem wszechobecnym, niezależnym od kultury, wyznania, wykształcenia, poziomu intelektualnego, czy przynależności do grupy społecznej. Dotyczy różnych sfer życia i różnych środowisk. Irena Pospiszyl definiuje przemoc jako „wszelkie i nieprzypadkowe akty godzące w osobistą wolność jednostki lub przyczyniające się do fizycznej, a także psychicznej szkody osoby, wykraczające poza społeczne zasady wzajemnych relacji” (Pospiszyl 1994, s. 7).

Przemoc może mieć charakter instrumentalny, czyli być środkiem do osiągnięcia określonego celu lub bezinteresowny. Może mieć charakter zbiorowy (dotyczyć określonej grupy, np. studentów bądź pracowników uczelni) lub indywidualny (Helios, Jedlecka 2017, s. 17).

Traktując uczelnię wyższą jako środowisko pracy, w którym może dochodzić do zachowań agresywnych czy przemocy, warto zatem przytoczyć zawartą w Kodeksie pracy definicję **MOBBINGU**:

Mobbing oznacza działania lub zachowania dotyczące pracownika lub skierowane przeciwko pracownikowi, polegające na uporczywym i długotrwałym nękananiu lub zastraszaniu pracownika, wywołujące u niego zaniżoną ocenę przydatności zawodowej, powodujące lub mające na celu poniżenie lub ośmieszenie pracownika, izolowanie go lub wyeliminowanie z zespołu współpracowników (Kodeks pracy, t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1320 ze zm.).

Z kolei Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie definiuje **PRZEMOC** jako:

Jednorazowe albo powtarzające się umyślne działanie lub zaniechanie naruszające prawa lub dobra osobiste osób najbliższych lub innych osób wspólnie zamieszkujących lub gospodarujących, w szczególności narażające te osoby na niebezpieczeństwo utraty życia, zdrowia, naruszające ich godność, nieetykalność cielesną, wolność, w tym seksualną, powodujące szkody na ich zdrowiu fizycznym lub psychicznym, a także wywołujące cierpienia i krzywdy moralne u osób dotkniętych przemocą*.

* Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz. U. z 2005 r., Nr 180, poz.1493)

Podsumowując, przemoc charakteryzuje się tym, że:

- jest intencjonalna (jest zamierzonym działaniem człowieka i ma na celu kontrolowanie i podporządkowanie ofiary),
- siły biorące w niej udział są nierówne (jedna ze stron ma przewagę nad drugą),
- narusza prawa i dobra osobiste (sprawca wykorzystuje swoją przewagę i narusza podstawowe prawa drugiej strony),
- powoduje cierpienie i ból (sprawca naraża zdrowie drugiej osoby na poważne szkody, osoba doświadczająca przemocy ma mniejszą zdolność do samoobrony) (zob. Dudziak, 2015)

6.1. Wybrane mechanizmy psychologiczne pozostawania w krzywdzącej relacji, czyli jak działa przemoc

Wynikiem doświadczania przemocy są zmiany w sferze poznawczej i emocjonalnej. Zmiany te utrudniają ocenę własnego położenia oraz blokują możliwość naturalnej obrony. Zdecydowana większość osób doświadczających przemocy, by przerwać krzywdzącą relację, musi nauczyć się korzystania z pomocy specjalistycznej oferowanej przez różne organizacje i instytucje. Wychodzenie z przemocy to trudny proces, wymagający odbudowania zasobów dających siłę do pracy nad zmianą swojego położenia (Kordas-Surowiec 2017, s. 7). Poznanie mechanizmów towarzyszących przemocy pozwala nie tylko zrozumieć przyczyny zachowania osób nią dotkniętych, ale również ułatwia skuteczną pomoc.

6.1.1. Wyuczona bezradność

Zrozumienie postępowania osób pozostających w krzywdzących je relacjach, wymaga rozumienia mechanizmu określanego treningiem bezradności. W tym celu warto przytoczyć opisy dwóch badań.

Pierwsze badanie zostało przeprowadzone w latach 50. XX wieku przez Curta P. Richtera, który eksperymentalnie wykazał zjawisko generalizacji bezradności u szczurów. Eksperymentator trzymał w rękach nowonarodzonego szczura do chwili wygaśnięcia wszystkich ruchów oznaczających potrzebę ucieczki. Następnie wypuszczał zwierzę na wolność. Gdy procedura ta została wielokrotnie powtórzona, umieszczał szczury w kadzi z wodą. Szczury, u których nie wygaszano reakcji obronnych, pływały w wodzie przez wiele godzin. Natomiast wiele z tych, które były poddane treningowi bezradności, nawet

nie próbowało, mimo możliwości fizycznych do uczenia się, pływania w celu przetrwania.

Drugie badanie zostało przeprowadzone w latach 70. XX w. przez Martina Seligmmana. Badacz umieszczał psy w „skrzyni wahadłowej” i poddawał je wstrząsom elektrycznym. Zwierzęta, pomimo prób, nie mogły w żaden sposób uniknąć wstrząsów. Doprowadzało to do zaniechania jakichkolwiek celowych czynności. Nauczyły się, że ich wolicjonalne zachowanie nie ma wpływu na kontrolę tego, co się z nimi dzieje. W efekcie psy poddane treningowi bezradności nie wychodziły z boksu nawet wtedy, kiedy było to już możliwe.

W sytuacji długotrwałego doświadczania zachowań przemocowych obserwujemy podobny mechanizm. Pozostawanie w sytuacji przemocy nie jest wynikiem upodobań danej osoby, a destruktywnego procesu, jaki dokonuje się w jej psychice. Kiedy osoba krzywdzona podejmuje kolejne próby obrony, a jednak zauważa nieskuteczność swoich działań, powstaje w niej przekonanie, że nie może nic zrobić, aby uwolnić się od przemocy. Ponadto traci nadzieję na otrzymanie pomocy, staje się bierna i bezsilna. Jej zachowanie uwarunkowane jest zniekształconym postrzeganiem swoich możliwości, a nie realną oceną sytuacji (Kordas-Surowiec 2017, s. 12–13).

Kiedy pomagamy osobom doznającym przemocy, trzeba wiedzieć na czym polega i jaki przynosi skutek trening bezradności. Wówczas łatwiej zrozumieć to, że osoby krzywdzone często rezygnują z oferowanej pomocy i wycofują się z podjętych wcześniej działań (np. ze zgłoszenia sprawy organom ścigania, z podejmowanych decyzji czy podjęcia terapii). Kontakt z osobami doznającymi przemocy niesie ryzyko pojawienia się poczucia bezradności czy braku wiary w udzielenie skutecznej pomocy również u osób pomagających. Jest to ważny aspekt pomagania, ponieważ brak świadomości własnych odczuć może wzmocnić poczucie bezradności u osoby krzywdzonej i utwierdzić ją w przekonaniu, że nikt nie może zaradzić sytuacji, w jakiej się znajduje (Kordas-Surowiec 2017, s. 14).

6.1.2. „Pranie mózgu”

Kolejny mechanizm, powodujący zmiany zachodzące w myśleniu i zachowaniu osób pozostających w krzywdzącej relacji to psychotechnika polegająca na systematycznym wpływaniu na czyjeś przekonania i postawy, w celu jej podporządkowania. Składa się z następujących technik wpływu:

- **IZOLACJA** – pozbawia wsparcia społecznego, co zmniejsza możliwość stawiania oporu i uzależnia od sprawcy. To wzmocnienie przekonania osoby jej doświadczającej, że nikt jej nie uwierzy, kiedy będzie próbowała

ujawnić swoją sytuację. Polega na obrażaniu i krytykowaniu bliskich osoby pokrzywdzonej, utrudnianiu i uniemożliwianiu kontaktów towarzyskich, czy aktywności społecznej i zawodowej.

- **MONOPOLIZACJA UWAGI** – czyli domaganie się sprawcy, by uwaga otoczenia była skupiona wokół jego (lub jej) potrzeb. Wywołuje zniekształcenie percepcji osoby krzywdzonej. Wiąże się z odbieraniem prawa do posiadania własnych poglądów i wyrażania opinii odmiennych od przekonań sprawcy. Osoba krzywdzona działa zgodnie z jego oczekiwaniami i przyjmuje jego ocenę rzeczywistości.
- **OSŁABIENIE I DOPROWADZENIE DO WYCZERPANIA** – obarczanie osoby krzywdzonej wieloma obowiązkami, deprywacja potrzeb. Pozostawanie pod wpływem silnego, długotrwałego stresu związanego z doświadczaniem różnych form przemocy.
- **POCZUCIE WYCZERPUJĄCEGO CHAOSU I DEZORIENTACJI** – działania utrudniające ocenę sytuacji. Sprawca może kreować przekonanie, że osoba krzywdzona jest nieźrównoważona emocjonalnie, chora psychicznie, a nawet, że sama domaga się, by tak ją traktowano.
- **KREOWANIE ATMOSFERY ZAGROŻENIA** – osoba doświadczająca przemocy żyje w stanie ciągłego lęku, odczuwa realne zagrożenie o swoje życie, zdrowie i bezpieczeństwo. Groźby mogą dotyczyć pozbawienia osoby krzywdzonej wszystkiego, co jest dla niej ważne (oszczędzenia, kompromitacji, wyrządzenia szkody bliskim).
- **DEGRADACJA** – stwarzanie przekonania, że osoba nie prezentuje żadnej wartości. Sprawca podkreśla wady i błędy osoby krzywdzonej w środowisku, na którym jej zależy. Prowadzi do przekonania o własnej niekompetencji, bezużyteczności, powoduje mentalne i fizyczne wyczerpanie i brak możliwości obrony.
- **DEMONSTROWANIE OMNIPOTENCJI** – sprawca wytwarza w osobie krzywdzonej przekonanie o własnej wszechmocy, władzy, społecznym wsparciu. Podkreśla daremność stawiania oporu. Osoba krzywdzona często jest przekonana, że nikt nie jest w stanie pokonać sprawcy.
- **EGZEKWOWANIE WYKONYWANIA TRYWIALNYCH CODZIENNYCH CZYNNOŚCI** – to swoisty trening posłuszeństwa. Służy podporządkowaniu, utrwala relacje władzy, utrudnia określenie granic dopuszczalnych roszczeń.
- **OKAZJONALNE OKAZYWANIE PRZYCHYLNOŚCI** – to manipulowanie powodujące pozytywną motywację do uległości. Osoba uczy się, że całkowite oddanie i posłuszeństwo jest jedyną drogą do przetrwania. Dzieje

się to wtedy, gdy istnieje zagrożenie naruszenia pozycji osoby krzywdzącej. Przyjmuje postać przeprosin, kupowania prezentów, okazania zainteresowania i czułości. Powoduje zmniejszenie oporu osoby krzywdzonej, utrudnia jasną ocenę sytuacji i niewątpliwie oddala moment przerwania przemocy (Kordas-Surowiec 2017, s. 15–18).

6.1.3. Współzależnienie

Mechanizm uzależnienia wywodzi się z obserwacji pracy z osobami uzależnionymi od alkoholu i narkotyków. Współzależnienie jest właściwe wielu niesatysfakcjonującym relacjom interpersonalnym i pozwala na wyjaśnienie powodów pozostawania w krzywdzącej relacji. Stosowanie przemocy jest tu traktowane jako jedno z uzależnień, które powtarza się, a nawet narasta. Osoba współzależniona to ta, która nie potrafi zatroszczyć się o swoje potrzeby, życie i koncentruje się na innych.

W większości są to kobiety nastawione na zapewnienie komfortu partnerowi, gotowe do przyjmowania odpowiedzialności za jego zachowanie. Cechą współzależnienia jest obsesyjne kontrolowanie postępowania drugiej osoby oraz podejmowanie prób wpłynięcia na jej zachowanie. Osobom współzależnionym towarzyszy przekonanie o zdolności do wywierania znaczącego wpływu na drugiego człowieka, mimo powtarzających się niepowodzeń i cierpień z tym związanych.

6.2. Rodzaje i formy przemocy, której mogą doświadczać studenci i pracownicy uczelni

Materiały wydawane przez Państwową Inspekcję Pracy wskazują na szereg negatywnych zachowań, z którymi można spotkać się w miejscu pracy (Kucharska 2019, s. 6–7). Do działań mających negatywny wpływ na komunikację w miejscu pracy zaliczymy: ograniczanie możliwości wypowiedzenia się, przerywanie wypowiedzi, reagowanie krzykiem bądź wyzwiskami lub ubliżaniem. Będzie to również nieustanna krytyka jakości realizowanych zadań, podejścia do życia zawodowego i/lub osobistego, a także mogą to być pisemne/ustne groźby, wykonywanie obraźliwych gestów, kierowanie w stronę osoby spojrzeń o negatywnym ładunku emocjonalnym, operowanie językiem pełnym aluzji, sarkazmu, jak również do tej grupy zachowań zaliczamy unikanie czytelnego (jasnego) wypowiedzenia się wprost.

W miejscu pracy mogą również wystąpić zachowania negatywnie wpływające na stosunki społeczne, a zaliczamy do nich: celowe unikanie rozmów, izolowanie osoby w jej zespole pracowniczym, niezgodne z regulaminem pracy wprowadzanie zakazu kontaktowania się ze współpracownikami i odwrotnie, a także wprowadzenie zakazu kontaktowania się zespołu z daną osobą. Do tej grupy zalicza się również: takie zachowania jak ignorowanie, przechodzenie obok obojętnie, celowe niedostrzeganie kogoś w środowisku pracy. Kolejna grupa działań dotyczy wpływu na percepcję danej osoby w miejscu pracy, a są to m.in.: obmawianie, rozsiewanie plotek na temat danej osoby, próby ośmieszenia, kompromitowania, ale także żarty na temat życia osobistego, choćby odnoszące się do ubioru, gestów czy parodiowanie.

W literaturze tematu wskazuje się także na inne formy: choćby atakowanie poglądów społecznych bądź politycznych, zainteresowań, narodowości, koloru skóry, orientacji seksualnej, wyśmiewanie niepełnosprawności czy sugerowanie choroby psychicznej. Są to także działania mające wpływ na przebieg sytuacji zawodowej np.: fałszywe ocenianie braku zaangażowania w zadania zawodowe, kwestionowanie przez tę osobę decyzji położonych, sugerowanie zbędności osoby w zespole pracowniczym, jak również zlecanie zadań poza kompetencjami pracownika. Osoby doświadczające przemocy wymieniają także takie formy jak: zmienność stawianych zadań, poniżanie zawodowe, wskazywanie na niekompetencję pomimo właściwego wykonywania zadań.

Działania wywierające szkodliwy wpływ na zdrowie takiej osoby to: groźenie przemocą fizyczną, wyrządzanie krzywdy fizycznej, przyczynianie się do ponoszenia przez pracownika kosztów, działania o podłożu seksualnym, jak i molestowanie seksualne (Kucharska 2019, s. 6–7).

Pracownicy uczelni i studenci mogą doświadczać przemocy w środowisku domowym. Literatura tematu wyróżnia pięć rodzajów przemocy:

- **PRZEMOC FIZYCZNA**, czyli naruszenie nietykalności fizycznej – jest intencjonalnym zachowaniem powodującym uszkodzenie ciała lub niosącym takie ryzyko (popychanie, szarpanie, poklepywanie bez zgody takiej osoby, ciągnięcie, szczypanie, kopanie, bicie, wszelkie uderzenia, duszenie, krępowanie ruchów). Przemoc fizyczna powoduje rany, złamania, stłuczenia, siniaki, zadrapania, choroby w wyniku powikłań i stresu, zespół stresu pourazowego, napady paniki, poczucie zagrożenia, strach, lęk, bezsenność, a także zaburzenia psychosomatyczne.
- **PRZEMOC PSYCHICZNA**, czyli naruszenie godności osobistej – jest najczęstszą formą przemocy, której elementem są przymus i groźby (obrażanie,

ubliżanie, osądzanie, krytykowanie, straszenie, szantażowanie, grożenie, krzyczenie, grożenie, oskarżanie, zastraszanie, obwinianie, nieuwzględnianie uczuć, czytanie osobistej korespondencji, publiczne lub w relacji twarzą w twarz wyśmiewanie, lekceważenie oczekiwań i potrzeb). Przemoc psychiczna powoduje stopniową utratę poczucia mocy sprawczej, jak również poczucia wartości i godności osobistej. Jej wynikiem staje się niezdolność do ograniczania i uniemożliwiania działań naruszających dobra człowieka, a także osłabia zewnętrzne źródła wsparcia, jak również powoduje uzależnienie od prześladowcy, nieustanny strach oraz stopniową utratę nadziei. Generuje również stres i zaburzenia snu.

- **PRZEMOC SEKSUALNA**, czyli naruszenie intymności – to zmuszanie osoby do aktywności seksualnej wbrew jej woli lub gdy osoba nie wyraziła zgody na relacje seksualne. Jest to jedna z najgłębiej dotykających form przemocy, bowiem osoby jej doświadczające często boją się o niej mówić. Mamy z nią do czynienia, gdy osoba obawia się odmówić (wymuszanie pożycia, gwałt, obmacywanie, zmuszanie do niechcianych praktyk seksualnych, nieliczenie się z drugą osobą, komentowanie szczegółów anatomicznych, ocenianie sprawności seksualnej, krytyka wyglądu itp.). Przemoc seksualna powoduje ból i cierpienie, obrażenia fizyczne, obniżoną samoocenę i poczucie własnej wartości, utratę poczucia atrakcyjności oraz godności, zaburzenia seksualne, unikanie sytuacji intymnych, trudności w relacjach z partnerem, uogólnioną niechęć i obawę przed przedstawicielami płci osoby stosującej taką przemoc.
- **PRZEMOC EKONOMICZNA**, czyli naruszenie własności – to celowe niszczenie czyjejs własności, pozbawianie środków lub brak zaspokojenia niezbędnych dla przeżycia potrzeb (np. niszczenie rzeczy, włamanie do zamkniętego osobistego pomieszczenia, kradzieże, używanie rzeczy bez zgody właściciela, przywłaszczanie rzeczy i pieniędzy, przeglądanie dokumentów, korespondencji, dysponowanie czyjąs własnością, zaciąganie pożyczek „na wspólne konto”, sprzedawanie osobistych lub wspólnych rzeczy bez uzgodnienia, zmuszanie do spłacania długów, odbieranie zarobionych pieniędzy). Przemoc ekonomiczna powoduje całkowitą zależność finansową, niezaspokojenie podstawowych potrzeb życiowych, biedę, znalezienie się bez środków do życia, poczucie zagrożenia.
- **ZANIEDBANIE**, czyli naruszenie obowiązku do opieki ze strony osób bliskich stanowi formę przemocy ekonomicznej (ograniczanie środków na utrzymanie, brak jedzenia, ubrań i środków higieny, schronienia, brak

pomocy w chorobie, nieudzielenie pomocy, uniemożliwianie dostępu do niezbędnych dla funkcjonowania pomieszczeń) (Lakowska, Paszkiewicz, Wiehcińska 2008, s. 14–16).

6.3. Fazy przemocy w rodzinie

Badacze zwracają uwagę na cykliczność procesu przemocy w rodzinie. Najczęściej wymieniają trzy fazy przemocy:

- **FAZĘ NARASTANIA NAPIĘCIA** (wzrost napięcia i sytuacji konfliktowych, małe nieporozumienia wywołują awantury i kłótnie, sprawca przemocy jest często zdenerwowany, poirytowany, drażliwy),
- **FAZĘ OSTREJ PRZEMOCY** (wybuch gniewu i agresji, utrata samokontroli przez sprawcę, osoba doświadczająca przemocy jest skłonna poszukiwać pomocy w tej fazie);
- **FAZĘ MIODOWEGO MIESIĄCA** (sprawca okazuje skruchę, zapewnia o swojej miłości, przeprasza, obiecuje poprawę, sprawca staje się wzorowym partnerem, a osoba doznająca przemocy wierzy w zapewnienia sprawcy) (Lewicka-Zelent, Klimczak, Trojanowska 2020, s. 17).

6.4. Zespół zaburzeń stresu pourazowego – PTSD (Posttraumatic Stress Disorder)

W wielu publikacjach z obszaru przemocy, zachowanie ofiar analizowane jest w kategoriach urazu, wywołanego przez zdarzenie przekraczające ludzkie zdolności przystosowawcze. PTSD, czyli Zespół zaburzeń stresu pourazowego, został opisany jako jednostka diagnostyczna w 1980 r. Powstawaniu zaburzenia sprzyjają traumatyczne sytuacje zewnętrzne: poważne zagrożenie życia lub zdrowia swojego bądź osób bliskich, np. doświadczenie lub bycie świadkiem przemocy fizycznej. Źródłem traumy mogą być, obok klęsk żywiołowych i przestępstw kryminalnych, przemoc fizyczna, nadużycia seksualne, gwałt oraz inne formy przemocy stawiające osobę w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia. Oznacza to, że sprawca nie musi dopuścić się aktu przemocy, do silnego urazu może dojść już przy demonstrowaniu wrogich zamiarów. Nie istnieje obiektywna skala określająca stopień traumy. Jest on zależny od czynnika poznawczego, czyli od indywidualnej interpretacji znaczenia danego doświadczenia (Kordas-Surowiec 2017, s. 25–26).

Główne grupy symptomów PTSD (wg Judith L. Herman):

- **WTARGNIĘCIE** – izolowanie wspomnień związanych z urazem i ponowne przeżywanie traumatycznego doświadczenia. Osoba po traumatycznym wydarzeniu spycha swoje przeżycia do podświadomości, nie jest w stanie poradzić sobie z emocjami związanymi ze zdarzeniem. Skutkiem tego jest wymykanie się spod kontroli nawracających i natrętnych wspomnień, snów, emocji, nagłych reakcji, zupełnie jakby zdarzenie ponownie wystąpiło (flashback). Osoba znów odczuwa silny stres, mogą towarzyszyć jej irracjonalne lęki i wybuchy gniewu.
- **ZAWĘŻENIE** – unikanie rzeczy kojarzonych z traumą lub odrętwienie emocjonalne (przytłumiona wrażliwość). Osoba podejmuje działania w celu uniknięcia myśli, emocji i sytuacji związanych z traumą. Nie posiada zdolności przypominania sobie ważnych aspektów krytycznego zdarzenia. Widoczna jest tendencja do wycofywania się z wcześniejszych ważnych czynności życiowych, dążeń, celów. Pojawia się poczucie odizolowania i obcości wobec innych. Odrętwienie emocjonalne wyraża się w zmniejszonej zdolności do przeżywania uczuć, obojętności na ból i poczuciu oderwania od rzeczywistości.
- **NADMIERNE POBUDZENIE** – symptomy podwyższonego poziomu pobudzenia. U osób po przebytych urazach, system nerwowy pozostaje w stanie intensywnego pobudzenia. Organizm pozostaje w uporczywym oczekiwaniu na niebezpieczeństwo, występują: wzmożona czujność, oczekiwanie zagrożenia, trudności w zasypianiu i ciągłości snu, zaburzenia myślenia i koncentracji uwagi, drażliwość, wybuchy złości, a także wzmożona reaktywność fizjologiczna na bodźce symbolizujące i przypominające traumatyczne zdarzenie (Kordas-Surowiec 2017, s. 27).

6.5. Postępowanie pracowników oświaty w przypadku podejrzenia przemocy

Celem tej części analizy problemu przemocy jest przygotowanie pracowników oświaty do stosowania proponowanego narzędzia, jakim jest algorytm postępowania w przypadkach przemocy doświadczanej przez studentów lub pracowników uczelni wyższej. Przepisy prawa, z których wynika obowiązek reagowania w sytuacji przemocy.

KODEKS POSTĘPOWANIA KARNEGO:

Art. 304.

1. Każdy dowiedziawszy się o popełnieniu przestępstwa ściganego z urzędu ma społeczny obowiązek zawiadomić o tym prokuratora lub Policję (...).
2. Instytucje państwowe i samorządowe, które w związku ze swą działalnością dowiedziały się o popełnieniu przestępstwa ściganego z urzędu, są obowiązane niezwłocznie zawiadomić o tym prokuratora lub Policję oraz przedsięwziąć niezbędne czynności do czasu przybycia organu powołanego do ścigania przestępstw lub do czasu wydania przez ten organ stosownego zarządzenia, aby nie dopuścić do zatarcia śladów i dowodów przestępstwa.

Dlaczego pracownik oświaty powinien reagować na przypadki przemocy w rodzinie? Odpowiedź na to pytanie jest oczywista i zawiera się w *Ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie* oraz *Ustawie z dnia 10 czerwca 2010 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie oraz niektórych innych ustaw*. Ustawa w obowiązującym kształcie oraz rozporządzenia, które na jej mocy weszły w życie promują ideę współpracy w zakresie reagowania na przypadki przemocy w rodzinie pomiędzy przedstawicielami różnych instytucji, w tym oświaty.

USTAWA O PRZECIWDZIAŁANIU PRZEMOCY W RODZINIE:

Art. 12.

1. Osoby, które w związku z wykonywaniem swoich obowiązków służbowych lub zawodowych powzięły podejrzenie o popełnieniu ściganego z urzędu przestępstwa z użyciem przemocy w rodzinie, niezwłocznie zawiadamiają o tym Policję lub prokuratora.
2. Osoby będące świadkami przemocy w rodzinie powinny zawiadomić o tym Policję, prokuratora lub inny Podmiot działający na rzecz przeciwdziałania przemocy w rodzinie.

W sytuacji, gdy w rodzinie pod opieką studenta lub pracownika uczelni znajduje się dziecko i np. zachodzi podejrzenie, że może ono być świadkiem przemocy w rodzinie lub jej doświadczać, znajdują również zastosowanie odrębne przepisy. Dotyczą one również osób z rozpoznaniem choroby psychicznej.

KODEKS POSTĘPOWANIA CYWILNEGO:

Art. 572.

1. Każdy, komu znane jest zdarzenie uzasadniające wszczęcie postępowania z urzędu, obowiązany jest zawiadomić o nim sąd opiekuńczy.
2. Obowiązek wymieniony w pkt 1 ciąży przede wszystkim na urzędach stanu cywilnego, sądach, prokuratorach, notariuszach, komornikach, organach samorządu i administracji rządowej, organach Policji, placówkach oświatowych, opiekunach społecznych oraz organizacjach i zakładach zajmujących się opieką nad dziećmi lub osobami chorymi psychicznie.

6.5.1. Sposób postępowania w przypadku, gdy osoba doświadcza przemocy poza uczelnią

W sytuacji, gdy do przemocy dochodzi w środowisku rodzinnym studenta czy pracownika uczelni, zastosowanie mają przepisy Ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie oraz Rozporządzenie Rady Ministrów z 13 września 2011 r. w sprawie procedury „Niebieskie Karty” oraz wzorów formularzy „Niebieska Karta”. Do momentu wprowadzenia w życie rozporządzenia, procedura funkcjonowała w dwóch instytucjach – Policji i pomocy społecznej. Od 2011 r. do wszczynania procedury „Niebieskie Karty” upoważniono pracowników trzech kolejnych instytucji, w tym oświaty.

„NIEBIESKIE KARTY”

Procedura „Niebieskie Karty” obejmuje ogół czynności podejmowanych i realizowanych przez przedstawicieli jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, Policji, oświaty i ochrony zdrowia, w związku z uzasadnionym podejrzeniem zaistnienia przemocy w rodzinie.

Pracownik oświaty, mogący rozpocząć procedurę, nie musi mieć pewności, czy faktycznie dochodzi do zachowań przemocowych w stosunku do konkretnego pracownika czy studenta, wystarczy uzasadnione podejrzenie takiej sytuacji. Procedura ma służyć wyjaśnieniu niepokojącej sytuacji pracownika, studenta lub członka jego rodziny, zweryfikowaniu podejrzenia oraz ewentualnemu zatrzymaniu przemocy. Wszczęcie procedury następuje poprzez wypełnienie formularza „Niebieska Karta – A” w sytuacji

powzięcia, w toku prowadzonych czynności służbowych lub zawodowych, podejrzenia stosowania przemocy wobec członków rodziny lub w wyniku zgłoszenia dokonanego przez członka rodziny lub przez osobę będącą świadkiem przemocy w rodzinie*.

Wypełniony formularz „Niebieska Karta – A” zostaje niezwłocznie, czyli w terminie 7 dni od wszczęcia procedury, przekazany do przewodniczącego Zespołu Interdyscyplinarnego. Administratorem dokumentacji związanej z prowadzeniem procedury jest ośrodek pomocy społecznej, który najczęściej jest również siedzibą Zespołu Interdyscyplinarnego. Kolejnym krokiem jest przekazanie osobie doświadczającej przemocy w rodzinie formularza „Niebieska Karta – B” zawierającego informacje na temat zjawiska przemocy oraz możliwości uzyskania wsparcia dla osób pokrzywdzonych. Istotne jest, by pracownik oświaty mógł wskazać danej osobie konkretne miejsce i osoby zajmujące się pomocą osobom doświadczającym przemocy. W ten sposób uczelnia staje się częścią lokalnego systemu przeciwdziałania przemocy w rodzinie. Następnie przedstawiciel oświaty współpracuje z wyznaczonym przez przewodniczącego Zespołu Interdyscyplinarnego koordynatorem grupy roboczej prowadzącej dalsze działania na rzecz zatrzymania przemocy w danej rodzinie.

* Art. 9d. 4 i 5 Ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie

Przydatne adresy:

- 1 Baza teleadresowa specjalistycznych ośrodków wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie
<http://www.mpips.gov.pl/przemoc-w-rodzinie/baza-teleadresowa>.
- 2 Ogólnopolskie Pogotowie dla Ofiar Przemocy w Rodzinie „Niebieska Linia” Instytutu Psychologii Zdrowia PTP <http://www.niebieskalinia.pl/pomoc>, tam dostępne:
 - Schemat przebiegu procedury „Niebieskie Karty”,
 - Propozycja algorytmu postępowania w przypadku podejrzenia przemocy w rodzinie wobec osoby dorosłej,
 - Propozycja algorytmu postępowania w przypadku podejrzenia przemocy w rodzinie wobec dziecka,
 - Kwestionariusz oceny ryzyka występowania przemocy w rodzinie wobec dorosłego,
 - Kwestionariusz oceny ryzyka występowania przemocy w rodzinie wobec dziecka.

6.5.2. Postępowanie wobec sprawców przemocy

Nie ma jednego „typowego” sprawcy przemocy i w związku z tym nie istnieje jedyna, słuszna metoda postępowania z osobami dopuszczającymi się krzywdzenia. Jest to praca z indywidualną osobą, ujawniającą określone deficyty i dysfunkcje, uwikłaną w specyficzne relacje w swoim najbliższym otoczeniu. Osoba ta ma swoje przekonania i postawy na temat własnych zachowań oraz motywację do zmiany trybu życia czy własnego postępowania. Te indywidualne różnice sprawiają, że jedni mogą zaprzestać stosowania przemocy już na etapie jej ujawnienia, interwencji, inni zaś mogą kontynuować proces krzywdzenia, mimo reakcji różnych służb i instytucji. W ramach pracy ze sprawcami przemocy wyróżniamy następujące oddziaływania (obok udziału w procedurze „Niebieskie Karty” w sytuacji przemocy w rodzinie): edukację (z zakresu konsekwencji prawnych, odpowiedzialności karnej i cywilnej, zjawiska przemocy, mobbingu, mechanizmów przemocy i specyfiki zachowań przemocowych), informowanie o możliwości podjęcia leczenia lub terapii, psychokorekcję (programy oddziaływań korekcyjno-edukacyjnych dla sprawców przemocy w rodzinie), korzystanie z pomocy specjalistycznej psychologicznej, psychiatrycznej oraz psychoterapię (Witkowska-Paleń 2019, s. 264).

6.5.3. Sposób postępowania w przypadku, gdym osoba doświadcza przemocy w uczelni (przez studenta/pracownika)

W związku z tym, że uczelnia kształci wielu studentów i zatrudnia sporą liczbę pracowników, tworzy tym samym ogromną społeczność. Nie jest ona jednak wolna od sytuacji trudnych, konfliktowych bądź tych, w których student czy pracownik uczelni znajdują się w sytuacji przemocy. Dlatego też zasadne jest tworzenie w jej ramach miejsc, gdzie osoba doświadczona przemocą mogłaby skorzystać z pomocy psychologicznej czy psychiatrycznej, gdzie mogłaby uzyskać pomoc w rozwiązywaniu sporów (inicjatywy na rzecz równego traktowania, przeciwdziałanie dyskryminacji, specjalista ds. równouprawnienia, koordynator przeciwdziałania mobbingowi, poradnia pomocy psychologicznej, pomoc prawna).

Możliwe działania:

- Wyznaczenie osoby z ramienia uczelni, do której zadań będzie należało przyjmowanie i badanie zgłoszeń dotyczących wszelkich form agresji, przemocy, mobbingu oraz podejmowanie działań w zakresie postępowania wstępnego (zgłoszenia, aby mogły być podstawą działania, muszą mieć formę pisemną).
- Wyznaczenie rzecznika akademickiego do spraw studenckich i pracowniczych, osoby niezależnej i neutralnej, do której studenci, doktoranci i pracownicy mogą się zwracać z prośbą o wsparcie w sprawach dotyczących ich funkcjonowania na uczelni.
- Informowanie w formie pisemnej przełożonego danego pracownika czy opiekuna roku studentów o danym zdarzeniu/zgłoszeniu.
- Zaproponowanie/zorganizowanie pomocy psychologicznej/psychiatrycznej.
- Nawiązanie współpracy z organizacją zajmującą się przeciwdziałaniem przemocy/agresji spoza uczelni.
- Jeśli osobą stosującą agresję/przemoc jest pracownik uczelni, zorganizowanie wykładu o odpowiedzialności karnej, cywilnej, etycznej pracowników, np. z prawnikiem czy prokuratorem (zobowiązanie pracownika przez przełożonego do udziału w wykładzie).
- Zorganizowanie warsztatu na temat np. sposobów pracy ze studentami wykluczającymi agresywne zachowania.
- Rozmowa z przełożonym.
- W sytuacji wystąpienia przestępstwa, zajęcie stanowiska przez przełożonego/współpracowników, zadeklarowanie wsparcia dla osób doświadczających przestępstwa.

- Prowadzenie działań profilaktycznych z zakresu przeciwdziałania przemocy/ mobbingowi (organizowanie konferencji, szkoleń, warsztatów z tego obszaru).
- Superwizja pracy, współpracy w zespole pracowników, superwizowanie prowadzenia zajęć ze studentami.
- Prowadzenie poradni dla studentów.
- Tworzenie broszur informacyjnych o zjawisku przemocy/mobbingu z informacją, gdzie szukać pomocy.

Bibliografia

- 1 Helios J., Jedlecka W. (2017). *Współczesne oblicza przemocy. Zagadnienia wybrane*. Wrocław: E-Wydawnictwo PiEBC WPAiE Uniwersytetu Wrocławskiego.
- 2 Kodeks pracy (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1320 ze zm.).
- 3 Kordas-Surowiec M. (2017). *Grupy wsparcia dla osób doświadczających przemocy w rodzinie*. Warszawa: IPSUW.
- 4 Kucharska A. (2019). *Mobbing. Informator dla pracodawcy*. Warszawa: PIP.
- 5 Łakowska M., Paszkiewicz W., Wiechcińska A. (2008). *Wyprawa PoMoc. Poradnik dla osób doświadczających przemocy w rodzinie*. Warszawa: Stowarzyszenie Na Rzecz Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie „Niebieska Linia”.
- 6 Lewicka-Zelent A., Klimczak W., Trojanowska E. (2020). *Przemoc w rodzinie wobec kobiet z wyższym wykształceniem. Indywidualne studium przypadku*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- 7 Pospiszyl I. (1994). *Przemoc w rodzinie*. Warszawa: WSiP.
- 8 Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz. U. z 2005 r., Nr 180, poz. 1493).
- 9 Witkowska-Paleń A. (2019). *Sprawcy przemocy w rodzinie. Uwarunkowania, okoliczności i konsekwencje stosowania przemocy*. Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego.

SPIS TABEL I RYSUNKÓW

| | |
|--|----|
| Tabela 1. Narząd słuchu – budowa i rola ucha zewnętrznego, środkowego i wewnętrznego | 52 |
| Rysunek 1. Przykłady ograniczenia pola widzenia – widzenie prawidłowe | 37 |
| Rysunek 2. Przykłady ograniczenia pola widzenia – widzenie lunetowe | 37 |
| Rysunek 3. Przykłady ograniczenia pola widzenia – mroczki rozsiane | 37 |
| Rysunek 4. Przykłady ograniczenia pola widzenia – mroczek centralny | 38 |
| Rysunek 5. Przykłady ograniczenia pola widzenia – widzenie tunelowe | 38 |
| Rysunek 6. Przykłady ograniczenia pola widzenia – obniżona ostrość | 38 |
| Rysunek 7. Budowa ucha | 52 |
| Rysunek 8. Podział uszkodzeń kręgosłupa | 78 |
| Rysunek 9. Kobieta po amputacji obu kończyn dolnych oraz obu kończyn górnych żyjąca aktywnie | 82 |
| Rysunek 10. Schemat postępowania przy pierwszej pomocy w przypadku padaczki | 85 |