



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita
Polska**

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Projekt „Dostępna uczelnia - Politechnika Koszalińska”

Numer projektu POWR.03.05.00-00-A018/20

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020

Załącznik do Zarządzenia nr 71/2023 Rektora Politechniki Koszalińskiej z dnia 14.11.2023 r.

Procedura wsparcia osób z niepełnosprawnością – zaburzenia psychiczne



Spis treści

1. Słowniczek pojęć	- 3 -
1.1. Podstawowe definicje	- 3 -
2. Charakterystyka osób z zaburzeniami psychicznymi	- 7 -
2.1. Charakterystyka	- 7 -
3. Opis możliwości i ograniczeń wynikających z zaburzeń psychicznych.....	- 12 -
3.1. Depresja	- 12 -
3.2. Agresywne zachowania	- 14 -
3.3. Kryzysy samobójcze.....	- 19 -
3.4. Samookaleczenia	- 25 -
3.5. Utrata bliskiej osoby	- 26 -
3.6. Używki.....	- 28 -
3.7. Stres	- 32 -
3.8. Zaburzenia odżywiania	- 33 -
3.9. Seksualność.....	- 36 -
4. Zalecane metody nauczania osób z zaburzeniami psychicznymi	- 41 -
5. Standardy obsługi osób z zaburzeniami psychicznymi	- 46 -
5.1. Sposoby i style komunikowania się stosowane przez osoby z niepełnosprawnością narządu ruchu.....	- 46 -
5.2. Dane kontaktowe do instytucji pomocowych	- 48 -
5.3. Przydatne strony internetowe.....	- 50 -
6. Bibliografia	- 52 -

1. Słowniczek pojęć

1.1. Podstawowe definicje

Co to są problemy zdrowia psychicznego?

Według WHO zdrowie psychiczne to pełny dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny człowieka. Problemy zdrowia psychicznego to bardzo szeroka grupa zjawisk. Są definiowane często jako zaburzenia psychiczne, czyli zespół objawów behawioralnych i psychicznych, mających związek z zaburzeniami myślenia, urojeniami, omamami, zmianami czuciowymi, które zakłócają funkcjonowanie osobiste i społeczne, w tym zawodowe. Problemy zdrowia psychicznego mają różne przyczyny. Mogą wynikać ze złożonych wzajemnych oddziaływań wielu czynników, w tym genetycznych, społecznych i ekonomicznych, a ich wystąpieniu lub nasileniu mogą sprzyjać czynniki o charakterze behawioralnym i środowiskowym¹.

Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego definiuje osobę z zaburzeniami psychicznymi (Dz. U. z 2022 r., poz. 2123) jako osobę:

- chorą psychicznie (wykazującą zaburzenia psychotyczne),
- upośledzoną umysłowo,
- wykazującą inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych. Osoba ta wymaga świadczeń zdrowotnych, socjalnych lub innych form pomocy i opieki, niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym².

Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych

Zaburzenia psychiczne zostały sklasyfikowane przez Światową Organizację Zdrowia w ramach Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10). Podział zaburzeń obejmuje następujące kategorie diagnostyczne:

¹ M. Zima-Parjaszewska, K. Makowiecka, B. Abramowska, B. Józefowicz, *Dostosowanie instytucji i usług publicznych do potrzeb osób – z niepełnosprawnością intelektualną – ze spektrum autyzmu – problemami zdrowia psychicznego. Poradnik*, Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną, Warszawa 2020, s. 12.

² J. Wachowiak, M. Rudnik, *Uczeń z zaburzeniami psychicznymi w szkole*, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2020, s. 6.

- **organiczne zaburzenia psychiczne włącznie z zespołami objawowymi** (otępienie w chorobie Alzheimera, otępienie naczyniowe, organiczny zespół amnestyczny, majaczenie, inne zaburzenia psychiczne spowodowane uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu i chorobą somatyczną, zaburzenia osobowości i zachowania spowodowane chorobą, uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu);
- **zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (behawioralne)** spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych (zażywanie alkoholu, leków przeciwbólowych, nasennych, rozpuszczalników, po ciężkie narkotyki prowadzące do uzależnienia);
- **schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii i urojeniowe** (jest to grupa różnych chorób często nazywanych psychozami, objawy mogą być pozytywne – iluzje, halucynacje, urojenia oraz negatywne – zblednięcie emocji, wycofanie, autyzm, brak zainteresowań, zmniejszenie motywacji, upośledzenie zasobu słów, obniżenie energii życiowej);
- **zaburzenia nastroju (afektywne)** – zmiany nastroju występujące zazwyczaj pod postacią depresji, często z towarzyszącym lękiem lub podwyższonym nastrojem (manią);
- **zaburzenia nerwicowe**, związane ze stresem i pod postacią somatyczną – zaburzenia lękowe w postaci fobii, kiedy to określone sytuacje lub przedmioty obiektywnie nie niebezpieczne u osoby chorej powodują napad lęku lub paniki, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (występują nawracające myśli natrętne i przymusowe czynności), zaburzenia adaptacyjne (występujące w okresie przystosowania do istotnych zmian życiowych), zaburzenia dysocjacyjne (objawiające się amnezją, niekontrolowaną ucieczką, osłupieniem, zaburzeniami czucia wskutek doznania urazu psychicznego), zaburzenia pod postacią somatyczną (np. wymagane dolegliwości somatyczne, których nie potwierdzają badania);
- **zespoły behawioralne** związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi (zaburzenia odżywiania się – anoreksja, bulimia, zaburzenia snu od nadmiernej senności, poprzez lęki i koszmary senne, lunatyzm do bezsenności, dysfunkcje seksualne od oziębłości seksualnej po nadmierny popęd seksualny,

- nadużywanie substancji niepowodujących uzależnienia, np. leków przeczyszczających, przeciwbólowych, ziołowych i witamin, zaburzenia nawyków i popędów, np. patologiczny hazard, podpalanie i kradzieże, zaburzenia identyfikacji płciowej oraz preferencji seksualnej – transeksualizm, fetyszyzm, transwestytyzm, ekshibicjonizm, oglądactwo, pedofilia, sadomasochizm);
- **zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych** (są to głęboko utrwalone schematy zachowań u osoby dorosłej nabyte w trakcie indywidualnego rozwoju, tworzące charakterystyczny u danej osoby styl życia oraz sposób odnoszenia się do otoczenia i samego siebie);
 - **upośledzenie umysłowe**;
 - **zaburzenia rozwoju psychicznego** (specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka, zaburzenia rozwoju umiejętności szkolnych, zaburzenia koordynacji ruchowej, autyzm dziecięcy, atypowy, zespół Retta, Aspergera, nadpobudliwość ruchowa z upośledzeniem umysłowym);
 - **zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się** zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym (zakres zaburzeń od ADHD, poprzez zaburzenia lękowe w dzieciństwie; tiki, jękanie, zaburzenia odżywiania, moczenie mimowolne);
 - **nieokreślone zaburzenia psychiczne**³.

Definicja Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego

Zgodnie z definicją opracowaną przez American Psychiatric Association (APA) z 2013 roku zaburzenie psychiczne to stan, w którym:

- Występują znaczące zaburzenia myśli, uczuć i zachowań. Dotknięta zaburzeniem osoba musi doświadczać wewnętrznych stanów (myśli i/lub emocji) oraz prezentować zachowania, które wyraźnie odbiegają od normy, a do tego są negatywne i bezcelowe. Takie zaburzenia często niepokoją otoczenie. Np. ktoś, kto przez cały czas myśli o mikrobach, codziennie spędza długie godziny na

³ A. Niemczyk-Zajac, *Sytuacja osób z zaburzeniami psychicznymi*, ZESZYTY NAUKOWE WSG, t. 39, seria: Edukacja – Rodzina – Społeczeństwo, nr 6 (2021), s. 224-227 za: Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. wyd. Światowa Organizacja Zdrowia, tom I, wydanie 2008, s. 207-257.

- kąpieli, ma natrętne myśli i zachowuje się w sposób, który większość uznałaby za nietypowy i negatywny, a także dezorganizujący życie danej osoby lub jej rodziny.
- Zaburzenia są odzwierciedleniem pewnego rodzaju dysfunkcji: biologicznych, psychologicznych lub rozwojowych. Nieprawidłowe wzorce wewnętrznych przeżyć i zachowań powinny odzwierciedlać pewną skazę (dysfunkcję) w mechanizmach (biologicznych, psychologicznych i rozwojowych) odpowiedzialnych za prawidłowe, zdrowe funkcjonowanie psychiczne. Halucynacje obserwowane w schizofrenii mogą np. być objawem nieprawidłowości w budowie lub czynności mózgu.
 - Zaburzenia są powodem silnego stresu lub pogorszenia w codziennym funkcjonowaniu. Uważa się, że czyjeś zachowania i wewnętrzne przeżycia są przejawem zaburzenia psychicznego tylko, jeżeli są one dla tej osoby przyczyną znaczącego stresu albo wyraźnie pogarszają jej normalne funkcjonowanie (co określa się też mianem zaburzeń czynnościowych lub zawodowych i społecznych). Fobia społeczna może być tak stresująca, że prowadzi do unikania wszelkich interakcji z innymi ludźmi, co może np. być przyczyną opuszczania zajęć w szkole czy niemożności znalezienia pracy.
 - Zaburzenia nie są przejawem oczekiwanych ani społecznie akceptowanych reakcji na konkretne wydarzenia. Żeby zostały uznane za zaburzenia, myśli, uczucia i zachowania muszą być społecznie nieakceptowanymi reakcjami na zdarzenia, jakie zdarzają się w życiu każdego z nas. I tak, całkowicie naturalną (i oczekiwaną) reakcją na śmierć kogoś z bliskiej rodziny będzie bezgraniczny smutek i chęć bycia zostawionym w spokoju i samotności. Taka reakcja jest w pewnym sensie oczekiwana kulturowo, ktoś, kto ją przejawia, nie będzie więc w takiej sytuacji uznany za zaburzonego psychicznie⁴.

⁴ R. Spielman, W. Jenkins, M. Lovett, J. Czarnota-Bojarska, *Psychologia*, OpenStax Poland, Warszawa 2020, s. 569-570, <https://assets.openstax.org/oscms-prodcms/media/documents/Psychologia.pdf>, dostęp [29.10.2023].

2. Charakterystyka osób z zaburzeniami psychicznymi

2.1. Charakterystyka

Zdrowie psychiczne należy do ważnych zagadnień podejmowanych w ramach profilaktycznych działań prozdrowotnych w Polsce i całej Unii Europejskiej. Liczne badania wykazały, iż stan zdrowia psychicznego nieustannie się pogarsza. Niepokojące dane publikuje Światowa Organizacja Zdrowia: aż u 20% dzieci występują różne problemy psychiczne, stąd potrzeba działań, które ten proces zahamują. Najistotniejszym zadaniem, które wyznaczyły sobie kraje Unii Europejskiej, jest wprowadzenie na szeroką skalę wielopoziomowych działań profilaktycznych skierowanych do całej populacji, określanych mianem profilaktyki uniwersalnej. Poza profilaktyką uniwersalną państwa unijne, także Polska, w ramach profilaktyki zdrowia psychicznego podejmują działania celowane, kierowane do osób z grupy ryzyka i z już zdiagnozowanymi zaburzeniami. Jest to część opracowanego przez Światową Organizację Zdrowia planu działania na rzecz zdrowia psychicznego na lata 2013-2030, którego celami są: promowanie zdrowia psychicznego, przyspieszanie procesu zdrowienia, zmniejszenie zachorowalności, śmiertelności i niepełnosprawności osób z zaburzeniami psychicznymi. Plan skupia się na poprawie zarządzania w zakresie zdrowia psychicznego oraz zapewnieniu kompleksowych działań na poziomie lokalnym we wszystkich krajach Unii Europejskiej, co niejednokrotnie wymaga od krajów członkowskich zmian legislacyjnych. W Polsce zdrowie psychiczne staje się centralnym punktem działań ogólnokrajowych i lokalnych⁵.

Istniejące dane i prognozy na temat zdrowia psychicznego pokazują, że zaburzenia psychiczne są poważnym i narastającym problemem na całym świecie. Zaburzenia psychiczne i behawioralne należą do chorób przewlekłych o największym rozpowszechnieniu w populacji, najczęściej rozpoczynających się we wczesnej dorosłości⁶. Dokonująca się zmiana definiowania zdrowia psychicznego jest kluczowa dla

⁵ K. Kręglewska, *Profilaktyka zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w Unii Europejskiej a działania podejmowane w Polsce – dobre praktyki i ograniczenia*, *Psychiatria Psychologia Kliniczna* 2021, 21 (3), s. 189.

⁶ J. Tracz-Drał, *Zdrowie psychiczne w Unii Europejskiej. Opracowania tematyczne OT-674*, Kancelaria Senatu, Biuro Analiz, Dokumentacji i Korespondencji, Warszawa 2019, s. 8.

lepszego zrozumienia złożoności i uwarunkowań symptomów tego zjawiska. To z kolei tworzy przestrzeń do opracowania szeroko zakrojonej profilaktyki zdrowia psychicznego na szczeblu międzynarodowym, krajowym i lokalnym. Podstawą prawną realizacji działań profilaktycznych w Polsce są: Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 (Dz.U. 2021 poz. 642), Narodowy Program Zdrowia (NPZ) na lata 2021–2025, Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz.U. 2018 poz. 469) oraz Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022 (Dz.U. 2017 poz. 458). Punkty 5 i 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia odnoszą się do profilaktyki, leczenia i rehabilitacji zaburzeń psychicznych oraz tworzenia warunków sprzyjających utrzymaniu i poprawie zdrowia w środowisku nauki, pracy i zamieszkania⁷.

Przeszkody w podejmowaniu leczenia zaburzeń psychicznych

Podstawowymi przeszkodami w podejmowaniu leczenia zaburzeń psychicznych jest brak wiedzy i informacji na temat ich objawów, możliwości skutecznego leczenia oraz lęk przed kontaktem z placówkami psychiatrycznymi. Lęk ten spowodowany jest rozpowszechnieniem w społeczeństwie błędnych negatywnych przekonań i postaw (stereotypów) na temat chorób, chorych psychicznie⁸. Postawy wobec osób chorujących psychicznie są źródłem tworzenia zróżnicowanych psychologicznych, społecznych, prawnych i ekonomicznych barier, które podtrzymują niekorzystne położenie osób chorujących psychicznie w społeczeństwie⁹. Wbrew współczesnej wiedzy i praktyce, choroby psychiczne są nadal często spostrzegane, jako wstydlive, beznadziejne

i nieuleczalne. Chorzy, jako osoby niebezpieczne i godne pogardy, których należy unikać. Powoduje to obawę przed kontaktem z lecznictwem psychiatrycznym, jako nieodwracalnie stygmatyzującym i skazującym na społeczne wykluczenie. Tymczasem większość zaburzeń psychicznych rozpoznanych odpowiednio wcześniej, można dziś

⁷ K. Kręglewska, *Profilaktyka zdrowia psychicznego...*, op. cit., s. 190 i 194.

⁸ M. Załuska, *Opieka zdrowotna i wsparcie społeczne dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Informator dla chorujących, ich rodzin i przyjaciół*, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa 2015, s. 68.

⁹ A. Niemczyk-Zajęc, *Sytuacja osób z zaburzeniami psychicznymi...*, op. cit., s. 231.

skutecznie wyleczyć. Obawy przed chorobą psychiczną powodują, że w wielu przypadkach leczenie jest podejmowane z opóźnieniem, gdy choroba jest już rozwinięta i trudniejsza do opanowania niż na początku¹⁰.

Jak rozpoznać, że student może mieć trudności natury psychologicznej?

Objawy depresyjne – obejmujące m.in. znacznie obniżony nastrój, spowolnione tempo myślenia, wypowiedzi, poruszania się; problemy z koncentracją oraz przyswajaniem nowych informacji; zmęczenie i spadek aktywności powodujące większą absencję na zajęciach.

Zamartwianie się i lęk społeczny – to objawy związane ze stale występującym, niewielkim nasileniem lęku, który utrzymuje się na podobnym poziomie przez większość czasu. Razem z nim pojawia się tendencja do zamartwiania się o siebie, swoją przyszłość, swoich bliskich oraz poczucie napięcia w ciele powodującego m.in. bóle głowy lub brzucha. Lęk społeczny obejmuje obawy przed publicznym ośmieszeniem się, negatywną oceną, co powoduje unikanie sytuacji, w których dana osoba znalazłaby się w centrum uwagi (np. publicznych prezentacji, egzaminów ustnych).

Objawy silnego lęku (aż do ataków paniki) – stan narastającego odczucia lęku, któremu towarzyszy pobudzenie ujawniające się w takich objawach jak: uczucie gwałtownego bicia serca, bóle w klatce piersiowej, sptyczenie oddechu, uczucie dławienia się, zawroty głowy, pocenie się, poczucie nierealności, lęk o własne zdrowie i życie; atak paniki trwa zwykle od kilku do kilkunastu minut.

Samookaleczenia, myśli i tendencje samobójcze – obejmują zachowania takie jak: robienie sobie fizycznej krzywdy poprzez np. nacinanie naskórka, drapanie się; myśli samobójcze to myśli o tym, że życie nie stanowi wartości, jest udręką, pojawia się chęć zakończenia życia; o tendencjach samobójczych mówimy wtedy, gdy osoba ma zamiar odebrania sobie życia i opracowała konkretny plan, jak to zrobić; – zaburzenia zachowania obejmujące: zachowania nietypowe/zakłócające porządek, dziwaczne (np. klaskanie, głośne zachowanie, wstawanie z miejsca, przeszkadzanie w czasie zajęć)¹¹.

¹⁰ M. Załuska, *Opieka zdrowotna i wsparcie społeczne a osób z zaburzeniami...*, op. cit., s. 68.

¹¹ M. Balewska (red.), *Trudne sytuacje w relacjach ze studentami. Zasady postępowania i scenariusze rozmów*, Centrum Obsługi Studentów Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach Katowice 2020, s. 18.

Jak funkcjonują osoby z problemami zdrowia psychicznego?

Zaburzenia nastroju – mają wpływ na obniżony poziom funkcjonowania człowieka w sferze motorycznej, somatycznej, poznawczej, a przede wszystkim emocjonalnej. Osoba z zaburzeniami nastroju doświadcza niechęci do podejmowania aktywności, zarówno zawodowych jak i społecznych. Jest wycofana, co skutkuje dużymi problemami w relacjach z drugim człowiekiem. Zdarza się także, że osoba z zaburzeniami nastroju bywa rozdrażniona, łatwo wpada w poczucie winy, pesymistycznie patrzy w przyszłość. Najczęściej diagnozowanym zaburzeniem nastroju jest depresja, która powoduje stopniowe wycofywanie się z życia, apatię, trudności ze snem.

Zaburzenia osobowości – mogą mieć wpływ na ograniczoną możliwość przestrzegania norm społecznych i funkcjonowania zgodne z oczekiwaniami kulturowymi. Może to powodować konflikty z otoczeniem. Osoby, które doświadczają zaburzeń osobowości mogą mieć problem z prawidłowymi reakcjami emocjonalnymi czy panowaniem nad impulsami. Często traktują swoje zachowanie jako właściwe i prawidłowe, nie szukając w odpowiednim czasie pomocy specjalisty.

Zaburzenia psychotyczne – charakteryzują się problemami w zakresie prawidłowej oceny rzeczywistości czy labilnością nastroju. Najczęściej diagnozowanym zaburzeniem psychotycznym jest schizofrenia. Osoba chorująca na schizofrenię może doświadczać urojeń, omamów, rozkojarzenia i dezorganizacji. W zależności od etapu choroby może doświadczać wycofania, braku emocji, niemożności odczuwania zadowolenia.

Zaburzenia lękowe – poprzez wysoki poziom lęku utrudniają prawidłowe, codzienne funkcjonowanie. Lęk to uczucie niepewności wobec zagrożenia, które jest nieokreślone. Osoba doświadczająca zaburzeń lękowych bardzo się boi, choć w danej chwili nic konkretnego jej nie zagraża.

Fobia – charakteryzuje się odczuwaniem strachu nieproporcjonalnego do zagrożenia występującego rzeczywiście. Dużym utrudnieniem w korzystaniu z miejsc publicznych jest fobia społeczna, która przejawia się strachem przed byciem obserwowanym, ocenianym. Osoba obawia się, że jej zachowanie może być przyczyną upokorzenia, co zwrótnie może doprowadzić do napadu paniki. Często fobii społecznej towarzyszy agorafobia, czyli strach przed wyjściem z domu, przed otwartymi przestrzeniami, tłumem ludzi. Wiele osób z problemami zdrowia psychicznego wstydzi się prosić o

pomoc, ponieważ boi się stygmatyzacji. Często zwracają się do specjalistów zbyt późno, kiedy problemy zdrowia psychicznego są już poważne i uniemożliwiają codzienne funkcjonowanie. Kiedyś jedynym wsparciem dla tych osób była farmakoterapia. Obecnie, duży nacisk kładzie się na wsparcie środowiskowe i pełny udział tych osób w życiu społeczności lokalnej, co optymalizuje proces zdrowienia¹².

¹² M. Zima-Parjaszewska, K. Makowiecka, B. Abramowska, B. Józefowicz, *Dostosowanie instytucji i usług publicznych do potrzeb osób...*, op. cit. s. 13-14.

3. Opis możliwości i ograniczeń wynikających z zaburzeń psychicznych

3.1. Depresja

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) depresja objawia się smutkiem, utratą zainteresowań i przyjemności, poczuciem winy, niską samooceną, zaburzeniami snu i apetytu, uczuciem zmęczenia i osłabieniem koncentracji. Tej chorobie towarzyszą myśli o samookaleczeniu lub samobójstwie. Aby zdiagnozować tę chorobę powyższe objawy muszą występować bez przerwy przez co najmniej 2 tygodnie. Chorobę najczęściej wywołują różne, złożone czynniki, takie jak negatywne doświadczenia, trwające długi czas ciężkie choroby, czynniki dziedziczne, cechy osobowości, warunki życiowe. Współczesne czasy (zmiany cywilizacyjne, wzrost tempa życia, kryzys ekonomiczny) wywołują dodatkowe czynniki rozwoju depresji, którymi są zaburzenia rytmów okołodobowych (więcej pracujemy, mniej śpimy) oraz przewlekły stres¹³. Według typologii Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, depresja przejawia się objawami afektywnymi, kognitywnymi i neurowegetatywnymi, które istotnie oddziałują na funkcjonowanie jednostki¹⁴.

Kryteria depresji klinicznej - rozpoznanie depresji klinicznej, osoba musi mieć co najmniej pięć poniższych objawów przez minimum dwa tygodnie:

- znaczna, niezamierzona utrata masy ciała lub tycie, również wyraźny spadek lub wzrost apetytu; poczucie winy lub bycia bezwartościowym;
- trudności w zasypianiu albo zbyt duże zapotrzebowanie na sen;
- pobudzenie psychomotoryczne (pacjent jest wyraźnie niespokojny i roztrzęsiony, nie potrafi usiedzieć na miejscu, chodzi z kąta w kąt, porusza nerwowo dłońmi, pociera lub miętosi skórę, ubranie lub inne przedmioty) lub spowolnienie psychomotoryczne (osoba porusza się bardzo powoli, mówi cicho, mało albo monotonnym głosem); zmęczenie, utrata energii;
- trudności w koncentracji, nieumiejętność podjęcia decyzji;

¹³ J. Tracz-Dral, *Zdrowie psychiczne...*, op. cit., s. 18.

¹⁴ K. Czaderny, *Czynniki ryzyka depresji. O nowych przesłankach na temat znaczenia niedoborów selenu*, *Psychiatria Polska* 2020; 54(6), s. 1110.

- myśli samobójcze - myśli o śmierci (nie strach przed nią), planowanie samobójstwa, podjęcie próby samobójczej¹⁵.

Reagujmy, jeśli zauważymy u studenta:

- złe samopoczucie fizyczne, np. inne niż typowe dolegliwości bólowe, nadmierne wyczerpanie na punkcie funkcjonowania swojego organizmu (wyołbrzymianie dolegliwości fizycznych), częste bóle brzucha, głowy, pleców;
- zaburzenia aktywności – brak energii, szybkie męczenie się, ciągłe uczucie zmęczenia, znużenia;
- zaburzenia koncentracji uwagi i zapamiętywania, które mogą powodować problemy w nauce, niezdecydowanie, wahanie się;
- lepsze funkcjonowanie w godzinach wieczornych niż w ciągu dnia, trudności z porannym wstawaniem, zaburzenia snu i apetytu;
- rozdrażnienie, uczucie zmęczenia, przygnębienie, zmienność nastroju;
- utratę zdolności do odczuwania przyjemności, również wobec sytuacji, które do tej pory sprawiały przyjemność, zaburzenia snu wszelkiego typu;
- niskie poczucie własnej wartości, negatywną ocenę siebie, rzeczywistości i przyszłości, spadek zaufania i szacunku do siebie;
- nieracjonalne wyrzuty sumienia lub nieuzasadnione poczucie winy;
- izolowanie się – ograniczenie kontaktów z otoczeniem, zamykanie się w sobie;
- zachowania autodestrukcyjne – używanie alkoholu, substancji psychoaktywnych, samookaleczenia, myślenie o śmierci, w tym próby samobójcze;
- zmiany łaknienia wraz ze zmianą wagi ciała (wzrost lub spadek)¹⁶.

Jak leczy się depresję

Leczenie depresji jest procesem długotrwałym. Stosuje się w nim leki, które poprawiają nastrój, oraz psychoterapię. Polega ona m.in. na znalezieniu przyczyn zaburzeń, przyjrzeniu się sobie, przyswojeniu korzystnych zachowań, zmianie myślenia na

¹⁵ R. Spielman, W. Jenkins, M. Lovett, J. Czarnota-Bojarska, *Psychologia...*, op. cit., s. 590.

¹⁶ J. Wachowiak, M. Rudnik, *Uczeń z zaburzeniami psychicznymi...*, op. cit. s. 23.

pozytywne. Do psychologa i na psychoterapię potrzebujesz skierowanie. Otrzymasz je od lekarza POZ lub od lekarza psychiatrii¹⁷.

Postępowanie:

- dyskretne i życzliwe zaproponowanie rozmowy,
- wskazanie zachowań które budzą nasz niepokój bez ich oceny i osoby samego studenta,
- przychylna postawa, wyrażenie chęci pomocy,
- otwarte wskazanie, jakie zachowania studenta budzą nasz niepokój bez oceniania zachowań i samego studenta,
- uważne słuchanie, zapewnienie o dyskrecji,
- poinformowanie o możliwych formach pomocy psychologicznej dostępnej na uczelni i ewentualne zachęcenie do skorzystania z nich, wraz z podaniem konkretnych danych kontaktowych, adresów od stron internetowych.

3.2. Agresywne zachowania

Agresją nazywamy każde zachowanie, powodujące szkody. Zależnie od obiektu, na który skierowane jest zachowanie, wyróżniamy przemoc, to jest agresję wobec innych ludzi i – być może – zwierząt, a nawet wszelkich innych form życia; wandalizm, czyli niszczenie rzeczy oraz samoagresję lub autoagresję, czyli krzywdzenie siebie samego. Szkada może być psychiczna (w odniesieniu do innych ludzi i siebie samego) lub fizyczna (w odniesieniu zarówno do ludzi, jak i rzeczy). Agresją w wąskim znaczeniu nazywamy każde zachowanie, powodujące szkody i równocześnie naruszające obowiązujące reguły. Agresja w wąskim znaczeniu nie obejmuje więc agresji nakazanej i/lub dozwolonej przez normy prawne, moralne lub inne powszechnie przyjęte normy społeczne¹⁸.

¹⁷ Serwis Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia, *Jak pomóc sobie i innym w depresji*, <https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/jak-pomoc-sobie-i-innym-w-depresji>, dostęp [29.10.2023].

¹⁸ E. Morawska, *Radzenie sobie z agresją*, Instytut Amity, <https://amity.pl/wp-content/uploads/2019/01/Radzenie-sobie-z-agresj%C4%85.pdf>, dostęp [30.10.2023].

Agresja pośrednia i bezpośrednia

Najczęściej spotykana jest agresja pośrednia, która polega na działaniu na czyjąś szkodę poprzez obmawianie danej osoby, a także przekazywanie o niej nieprawdziwych informacji, natomiast agresja bezpośrednia oznacza wyrządzenie jednostce krzywdy fizycznej (np. bicie jej, kopanie) lub za pomocą wyrażanych komunikatów, w których dominują słowa znieważające daną osobę, np. poprzez stosowanie wobec niej wulgaryzmów czy obelg.

Agresja emocjonalna i instrumentalna

W przypadku agresji emocjonalnej zachowanie agresora może przekroczyć granicę dewiacji, np. poprzez rzucenie przedmiotem, wypowiedanie obraźliwych i niecenzuralnych epitetów, stosowanie różnego rodzaju gróźb itp. Inaczej przebiega agresja instrumentalna, która charakteryzuje się realizacją jakiegoś celu lub podwyższaniem swojego statusu, np. stosowanie mobbingu w pracy, przypisywanie sobie osiągnięć pracowników, przekazywanie nieprawdziwych informacji o współpracownikach, zrzucanie odpowiedzialności na inne osoby¹⁹.

Zachowania agresywne dzielimy, przyjmując kryterium typowej reakcji społecznej, na pięć kategorii: agresja nakazana i/lub dozwolona, minimalna agresja, przemoc werbalna, przemoc fizyczna, samoagresja i wandalizm oraz agresja kryminalna (przestępczość), będąca obszarem wymiaru sprawiedliwości karnej²⁰.

Wyznaczniki agresji

- Zachowanie instrumentalne, gdzie dana osoba stara się dzięki agresywnemu zachowaniu osiągnąć zamierzony przez siebie cel. Swoim zachowaniem agresywnym wymuszane są określone sposoby zachowania.
- Reakcja związana z niezadowoleniem (frustracja), gdzie osoba agresywna ma określony plan i chce go zrealizować, ale coś bądź ktoś staje temu na przeszkodzie. Potrzeba tej osoby nie zostaje zaspokojona, w konsekwencji czego

¹⁹ Z. Chodkowski, *Wyznaczniki agresji i metody jej przeciwdziałania*, Kultura – Przemiany – Edukacja, t. VI (2018), s. 213.

²⁰ E. Morawska, *Radzenie sobie z agresją...*, op. cit.

pojawia się gniew i frustracja. Tego typu zachowania widoczne są już w bardzo młodym wieku.

- Zachowania naśladowcze, które związane są z naśladowaniem zachowań obserwowanych u innych osób, np. rodziców, rodzeństwa, dziadków czy rówieśników²¹.

Do przykładowych form agresji należą:

- autoagresja, samookaleczanie, agresja kierowana przeciwko samemu sobie,
- agresja apetytywna, planowana i celowa agresja nakierowana na skrzywdzenie innej osoby,
- agresja gorąca, afektywna, przejawiająca się w gwałtownym wybuchu złości frustracji, gniewu,
- agresja pośrednia, może przejawiać się w takich działaniach jak zastraszanie,
- agresja „zimna”, agresja kontrolowana racjonalna, bez okazywania emocji
- agresja pasywna (bierna), stanowiące niewidzialną przemoc, poprzez oszustwa lub manipulacje,
- agresja jawna, przejawia się w fizycznym lub słownym atakowaniu,
- agresja fizyczna, polega na fizycznym zaatakowaniu osoby,
- agresja słowna, dotyczy obelg, upokarzania i dyskryminacji.

Podczas zajęć na uczelni może wystąpić sytuacja wystąpienia agresji poprzez podniesiony głos, używanie wulgarnych lub obraźliwych słów, gestów, uderzanie pięścią w stół, kopnięcie i przewrócenie krzesła itp.

Objawy agresji:

- zaciskanie pięści,
- niespokojne chodzenie tam i z powrotem,
- nadmierna gestykulacja
- napięcie mięśniowe,
- sztywna postawa i kamienny wyraz twarzy,
- obelgi, groźby, krzyki,

²¹ Z. Chodkowski, *Wyznaczniki agresji i metody jej przeciwdziałania ...*, op. cit., s. 215.

- agresja fizyczna uderzanie, kopanie, rzucanie przedmiotami itp.

Czym jest przemoc?

Przemoc prowadzi do narażenia na niebezpieczeństwo utraty życia człowieka, zdrowia, narusza jego godność, nietykalność cielesną, wolność, w tym seksualną, powoduje szkody na zdrowiu fizycznym lub psychicznym, a także wywołuje cierpienia i krzywdy moralne.

Przemoc może przybierać różnorodną postać:

- Fizyczna, np. popychanie, odpychanie, obezwładnianie, przytrzymywanie, policzkowanie, szczypanie, plucie, zabieranie przedmiotów (plecak, książki, telefon), wymuszanie dóbr materialnych, kopanie, duszenie, bicie otwartą ręką i pięściami, bicie przedmiotami, ciskanie w kogoś przedmiotami, parzenie, polewanie substancjami żrącymi, użycie broni, porzucanie w niebezpiecznej okolicy, nieudzielanie koniecznej pomocy.
- Psychiczna, np. wyśmiewanie poglądów, religii, pochodzenia, narzucanie własnych poglądów, karanie przez odmowę uczuć, zainteresowania, szacunku, stała krytyka, wmawianie choroby psychicznej, izolacja społeczna (kontrolowanie i ograniczanie kontaktów z innymi osobami), domaganie się posłuszeństwa, ograniczanie snu i pożywienia, degradacja werbalna (wyzywanie, poniżanie, upokarzanie, zawstydzanie), stosowanie gróźb.
- Seksualna, np. wymuszanie pożycia seksualnego, wymuszanie nieakceptowanych pieszczot i praktyk seksualnych, wymuszanie seksu z osobami trzecimi, sadystyczne formy współżycia seksualnego, demonstrowanie zazdrości, krytyka zachowań seksualnych kobiety.
- Ekonomiczna, np. odbieranie zarobionych pieniędzy, uniemożliwianie podjęcia pracy zarobkowej, niezaspokajanie podstawowych, materialnych potrzeb rodziny²².

²² A. Stępień, *Zjawisko agresji w środowisku młodzieży : pojęcie agresji, przemocy oraz ich objawy*, Pedagogika Rodziny 5/3, s. 178.

Zachowania agresywne studentów

Agresja w zachowaniu studenta nigdy nie jest usprawiedliwiona, chociaż należy postarać się zrozumieć jej źródło. Może ono wynikać z uwarunkowań zupełnie niezwiązanych z życiem akademickim, co nie usprawiedliwia manifestowania takich zachowań w murach uczelni. Osoba agresywna jest w stanie zdeorganizować zajęcia wszystkim pozostałym uczestnikom, a wykładowca odpowiedzialny jest za zapewnienie poprawnego przebiegu zajęć. Jeśli osoba agresywna będzie ignorowana, może utrwalić wzorzec agresywny na konkretnych zajęciach, wiedząc, że stanowią one bezpieczny wentyl dla jego frustracji. Dlatego też z zachowaniami agresywnymi należy radzić sobie jak najszybciej i nie dopuszczać do ich eskalacji.

Reakcja na agresję fizyczną studenta

- Zadbaj o własne bezpieczeństwo i osób w najbliższym otoczeniu, zapewniając sobie drogę ucieczki, gdyby zaszła taka potrzeba.
- Otwórz drzwi na korytarz – jeśli dotarcie do nich nie oznacza skracania dystansu dzielącego od agresywnej osoby.
- Wykorzystaj naturalne przeszkody odseparowujące od studenta (krzesło, biurko),
- Poproś innych uczestników zajęć o pomoc w opanowaniu sytuacji, zwracając się do konkretnych osób.
- W razie konieczności wezwać odpowiednie służby (ochrona, policja, pogotowie ratunkowe).
- W miarę możliwości nie zostawaj sam w obecności agresywnego studenta,
- Zachować spokój, lecz równocześnie wyraźnie i stanowczo wyrazić brak przyzwolenia na agresywne zachowania.
- Unikaj skracania dystansu fizycznego i narażania się na bezpośrednie zagrożenie.
- Unikaj kierowania krytycznych uwag wobec studenta.

Reakcja na agresję słowną studenta

- Spokojnie i stanowczo zakomunikuj, że zachowanie to jest niedopuszczalne.
- Nie okazuj wzburzenia w stosunku do agresywnych zachowań studenta.
- Zaproponuj studentowi rozmowę po zajęciach, jeśli się uspokoi.

- Jeśli mimo prób nie udaje się opanować sytuacji, w miarę możliwości rozmowę z agresywnym werbalnie studentem należy przeprowadzić w obecności innego pracownika uczelni.
- Poinformuj studenta, że jego zachowanie ma negatywny wpływ na innych,
- Wezwij odpowiednie służby, jeśli zachowanie będzie eskalować²³.

3.3. Kryzysy samobójcze

Kryzys – wybrane wymiary znaczeniowe

Kryzys jest pojęciem wielowymiarowym i uniwersalnym jednocześnie. W pewien sposób dotyczy każdego człowieka (np. kryzysy rozwojowe). Jednak jego przeżywanie, definiowanie czy strategie radzenia sobie z nim, mogą się znacznie różnić. W celu pełnego zrozumienia kryzysu zawsze niezbędne jest indywidualne podejście do każdego przypadku oraz poznanie jego genezy, tj. sytuacji kryzysowej, w której znalazła się jednostka. Kryzys w znaczeniu ogólnym to pewnego rodzaju zmaganie się z nagłym lub narastającym zagrożeniem, które przekracza posiadane możliwości. W psychologii kryzys określa się jako zakłócenie równowagi psychofizycznej następującej na skutek trudnego dla jednostki wydarzenia określanego jako sytuacja krytyczna. W ujęciu socjologicznym sytuacja krytyczna jest stanem, w którym zagrożone jest życie, zdrowie, materialny byt i godność osobista człowieka na skutek niezaspokojenia podstawowych potrzeb, a jednocześnie zawiodą dotychczasowe mechanizmy adaptacyjne, następuje destabilizacja, zaburzenie funkcjonowania i załamanie się drogi życiowej.

Kryzys samobójczy

Kryzys, czyli zaburzenie równowagi psychicznej, występuje na różnych etapach życia każdego człowieka i może mieć różne konsekwencje, w tym przyczynić się do rozwoju jednostki. Samopoczucie i jego subiektywna ocena przesuwają się bowiem na granicy dwóch biegunów – poprawy i pogorszenia. Pierwszy z nich oznacza pozytywne wyjście z kryzysu, prawdopodobnie też zyskanie nowych strategii radzenia sobie, i w tym znaczeniu rozumiany jest tutaj rozwój. Skrajny biegun pogorszenia oznacza natomiast stan na tyle przeciążający, że jednostka nie wyobraża sobie dalszego życia w danych

²³ M. Balewska (red.), *Trudne sytuacje w relacjach ze studentami...*, op. cit., s. 10.

warunkach. Momentem krańcowym jest popełnienie samobójstwa, które w zamierzeniu ma uwolnić od cierpienia.

Epidemiologia zachowań samobójczych nie jest uniwersalna i jednoznaczna. Wskazuje się na dwie główne teorie funkcjonujące jako swoiste modele:

- model depresyjny – samobójstwa są tutaj przede wszystkim konsekwencją zaburzeń psychicznych, a osoba decydująca się na samobójstwo często choruje na depresję lub schizofrenię, albo jest uzależniona od alkoholu,
- model stresowy – samobójstwa są wynikiem głównie społecznych warunków i niesprzyjającego kontekstu społecznego²⁴.

Sygnaty ostrzegawcze zachowań samobójczych

- **Najbardziej widocznymi i niepokojącymi sygnałami ostrzegawczymi** są wzmianki o samobójstwie polegające na otwartym werbalizowaniu typu: "Nie mogę tak dłużej", "Mam zamiar z tym skończyć" czy też "Chcę umrzeć". Tego typu uwag nie powinno się lekceważyć. Jednakże należy być także wyczulonym na wszelkiego typu aluzje: "Nic nie ma już sensu", "Wolałbym się nigdy nie urodzić", "Niedługo nie będę sprawiać ci kłopotów". W wypowiedziach osoby zagrożonej samobójstwem mogą pojawiać się także wypowiedzi dziwaczne o niejasnej treści, nierzadko zawierające element "czarnego humoru" typu: żarty i dowcipkowanie o śmierci, pogrzebach, samobójstwach.
- **Zachowaniami ostrzegawczymi są natomiast:** porządkowanie swoich spraw, rozdawanie ulubionych rzeczy, generalne porządki w pokoju, biurku, wyrzucanie niepotrzebnych rzeczy, pisanie listu pożegnalnego, zmiana nawyków związanych ze snem i jedzeniem (nagłe chudnięcie lub przybieranie na wadze), unikanie przyjaciół, kolegów i rodziny, wycofywanie się z dotychczasowej aktywności (brak energii, wzmożona senność lub bezsenność), brak dbałości o wygląd zewnętrzny, złowieszczy spokój (po okresie niepewności człowiek wie, co zrobić,

²⁴ P. Adamczyk, *Wsparcie w kryzysie. rola wsparcia społecznego w sytuacji zagrożenia samobójczego wśród młodzieży*, Rozprawa doktorska, Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny w Łodzi, Łódź 2023, https://dspace.uni.lodz.pl/xmlui/bitstream/handle/11089/48030/rozprawa_doktorska_Paulina_Adamczyk.pdf?sequence=1&isAllowed=y, dostęp [30.10.2023].

postanowił, że samobójstwo rozwiąże jego problemy), zbieranie informacji na temat sposobów popełnienia samobójstwa, odwiedzanie stron internetowych poświęconych tej tematyce, gromadzenie niezbędnych akcesoriów- ostrych narzędzi, leków, odpowiedniego sznura, pisanie wierszy i opowiadań o tematyce śmierci i samobójstwa.

- **Wśród sytuacyjnych znaków ostrzegawczych** wyróżnia się: izolację społeczną, brak przyjaciół, odrzucenie przez grupę rówieśniczą, dotkliwą samotność, podejmowanie lekkomyślnych zachowań, nadużywanie alkoholu, leków lub sięganie po środki psychoaktywne, pojawienie się objawów zaburzeń psychicznych (np. omamów słuchowych nakazujących odebranie sobie życia), przeżycie nieszczęśliwej miłości, z którą osoba wiązała duże nadzieje, skłonność do perfekcjonizmu, nadmiernie krytyczny stosunek wobec siebie²⁵.

Fakty i mity na temat samobójstwa

- Mit nr 1: Samobójstwo może popełnić tylko osoba chora psychicznie.
Fakt: Samobójstwo może popełnić dowolna osoba będąca w kryzysie psychiczny.
- Mit nr 2: Osoby planujące samobójstwo nie mówią o tym.
Fakt: Osoby, planujące samobójstwo w 80% dzielą się tą informacją z inną osobą.
- Mit nr 3: Nie ma możliwości rozpoznania czy zauważenia, że dana osoba planuje samobójstwo.
Fakt: Osoba w kryzysie samobójczym może przejawiać charakterystyczne zachowania, które na to wskazują.
- Mit nr 4: Nie ma możliwości powstrzymać zaplanowanego samobójstwa.
Fakt: Udzielona we właściwym momencie pomoc może uchronić daną osobę przed odebraniem sobie życia. Wsparcie oraz wskazanie możliwości rozwiązania problemu może zmienić zamiary osoby w kryzysie samobójczym.

²⁵ Poradnia Psychologiczno - Pedagogiczna w Drezdenku, *Sygnaly ostrzegawcze zachowań samobójczych*, <https://pppdrezdenko.pl/polecane-artykuly/dzial-psychologia/n,sygnaly-ostregawcze-zachowan-samoboj-czych>, dostęp [30.10.2023].

Jak rozmawiać ze studentem w kryzysie samobójczym

Nie można skonstruować jednego przydatnego scenariusza rozmowy z potencjalnym samobójcą. Każda rozmowa będzie przebiegała inaczej. Poniżej znajduje się kilka podstawowych zasad reagowania umożliwiających osiągnięcie celów i uniknięcie poważnych błędów.

1. Zachowaj spokój. Nie panikuj. Kontroluj głos i mimikę, staraj się nie okazywać zdenerwowania. Studentowi w tej chwili potrzebny jest opanowany, dający oparcie dorosły.
2. Traktuj studenta i jego komunikat o zamiarach samobójczych poważnie. Przekonanie, że osoby mówiące o samobójstwie nigdy go nie popełniają, jest mitem. Wielu samobójców komunikowało wcześniej swoje zamiary.
3. Nie odsyłaj studenta. Nie proponuj innego terminu rozmowy, nie kieruj go do innej osoby - to bardzo niebezpieczne. Odesłanie może zostać odebrane jako lekceważenie albo nasunąć studentowi myśl, że jego sytuacja jest gorsza niż sam przypuszczał. Zwiększy to lęk, poczucie osamotnienia i beznadziejności. Poproś, by ktoś zastąpił cię podczas zajęć. Najważniejsze jest zapewnienie fizycznego i psychicznego bezpieczeństwa studentowi.
4. Nie zostawiaj studenta ani na chwilę samego. Jeśli obawiasz się, że sobie nie poradzisz albo sytuacja tego wymaga, poślij kogoś po pomoc, nie opuszczając pomieszczenia. Wezwij osobę, która jest lepiej przygotowana do prowadzenia rozmowy. Oczekując na pomoc, zatroszcz się o studenta spokojnie i serdecznie. Po przyjsciu drugiej osoby pozostań przy rozmowie.
5. Nie obiecuj absolutnej dyskrecji. Nigdy nie obiecuj, że nikt o niczym się nie dowie. Musisz przecież powiadomić swoich przełożonych o zaistniałej sytuacji. Sprawą mogą również zająć się specjaliści, policja.
6. Zapewnij możliwie najlepsze warunki rozmowy. Zadbaj o intymność. Nie pozwól, by ktoś przypadkowy wchodził do pomieszczenia, w którym rozmawiacie.
7. Nie prowokuj studenta podając w wątpliwość jego zamiary. Nie znając sytuacji nigdy nie mów: „Nie próbuj mnie straszyć samobójstwem”. To bardzo ryzykowne. Pobudliwy, zraniony i zdesperowany student może za chwilę przystąpić do realizacji zamiarów.

8. Respektuj uczucia studenta. Nie próbuj bagatelizować problemu protekcyjnym traktowaniem studenta. Wzmacniasz tylko negatywne emocje i utwierdzasz w przekonaniu, że nikt go nie rozumie i nie chce się nim zająć.
9. Uważnie słuchaj. Nie zajmuj się w tym czasie niczym innym. Pozwól studentowi mówić. Więcej słuchaj niż mów. Zadawaj krótkie pytania. Nie komentuj. Nie interpretuj relacjonowanych wydarzeń. Mów językiem zrozumiałym dla studenta. Utrzymuj kontakt wzrokowy.
10. Nie próbuj „na siłę” poprawiać nastroju studenta. Optymistyczne zdanie wypowiedziane w najlepszej intencji, jak: „Nie przejmuj się” - zostanie odebrane jako dowód lekceważenia, braku zrozumienia i braku rozsądku. Zaufanie do ciebie i motywacja do rozmowy mogą zniknąć.
11. Bądź empatyczny. Zasygnalizuj zrozumienie dla przeżyć studenta, ale raczej unikaj słowa: „Rozumiem” Osoby w depresji źle je znoszą i reagują irytacją. Są przekonane, że nikt tego nie rozumie, jeśli sam nie był na dniu rozpaczy.
12. Bądź cierpliwy. Nie daj się sprowokować i nie wchodź w rolę sędziego. Spokojnie słuchaj. Student uspokoi się, gdy uzna cię za osobę rozumiejącą i wspierającą.
13. Ujawnij swoje odczucia. Twoje emocje mogą być widoczne i nie ma powodu, by o nich nie mówić. Student chce usłyszeć, że on i jego sprawy nie są ci obojętne. Wyraź krótko własne odczucia posługując się zdaniem: „Jestem poruszony tym, co mi Pan powiedział”. Nie opowiadaj o własnych trudnościach życiowych. Skoncentruj się wyłącznie na studencie.
14. Nie oceniaj. Unikaj oceniania zachowania ucznia i wypowiedzania opinii. Stwarzasz tym dystans między sobą, a studentem. Największą wartość ma to, że siedzisz z nim i słuchasz go uważnie. Udzielasz mu w ten sposób wsparcia.
15. Nie próbuj prowadzić dyskusji. Nie czuj się zobowiązany do przekonania studenta, by zrezygnował z samobójczych zamiarów. Nie argumentuj i nie przeciwstawiaj się gwałtownie samobójczej decyzji studenta. Zachęcaj do odwołania w czasie jej realizacji. Unikaj wywoływania poczucia winy. Powiedz: „Wiem, że tak to widzisz i oceniasz, ale nie zgadzam się z tobą”. Demonstruj spokojną pewność siebie. Nie uzasadniaj swojego przekonania, bo po każdym argumencie usłyszysz, że to beznadziejne, to nic nie da.

16. Wypowiadaj się w sposób bezpośredni i otwarty. Nie obawiaj się używać słów „śmierć” i „samobójstwo”. Nie bój się, że podsuniesz studentowi w ten sposób niebezpieczny pomysł, bo on od dawna o tym myśli. Zyskasz tylko uznanie i zaufanie jako osoba otwarta i odważna.
17. Nie bój się ciszy. Daj sobie i uczniowi czas na refleksję. Przebywanie ze sobą w pełnej zrozumienia ciszy buduje kontakt.
18. Przedstaw swoje najbliższe zamiary. Powiedz uczniowi, co zamierzasz zrobić, by nie czuł się zaskoczony i zdradzony. Zapytaj, czego obawia się w związku z planowanymi przez siebie działaniami. Wysłuchaj jego obaw i weź je poważnie pod uwagę. Spróbuj go uspokoić.
19. Bądź uczciwy. Nie obiecuj zbyt wiele. Możesz nie zrealizować obietnic i tylko zniszczysz zaufanie.
20. Nie stosuj konfrontacji. Jeśli przyczyną zachowania studenta jest przemoc, nigdy nie doprowadzaj do konfrontacji z jej sprawcami. Dla ofiary jest to dodatkowa trauma. Narażasz ucznia na represje ze strony sprawców i burzysz zaufanie do siebie. Lęk przed represjami może przyspieszyć decyzję o samobójstwie.
21. Po zakończeniu rozmowy uruchom procedurę postępowania w sytuacjach kryzysowych. Nie pozwól, by student sam opuścił uczelnię²⁶.

Gdzie szukać pomocy?

- 116 123 – Kryzysowy Telefon Zaufania. Bezpłatny telefon dla osób dorosłych, które są w kryzysie emocjonalnym, potrzebują wsparcia i porady psychologicznej. Dysponuje bazą teleadresową miejsc świadczących profesjonalne wsparcie na terenie całego kraju. Czynny codziennie (również w soboty, niedziele i święta) między 14.00 a 22.00.
- 116 111 – Telefon Zaufania dla Dzieci i Młodzieży. Bezpłatny telefon dla młodych osób, które doświadczają trudności i potrzebują pomocy w poradzeniu sobie z problemami. Czynny codziennie (również w soboty, niedziele i święta), całodobowo.

²⁶ I. Namysłowska, *Dziecko z zaburzeniami psychiatrycznymi w szkole. Informacje dla pedagogów i opiekunów*, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2010, s. 23-26.

3.4. Samookaleczenia

Autoagresja jest zjawiskiem coraz częściej spotykanym wśród studentów. Szczególnie w przebiegu zaburzeń nastroju pojawiają się myśli i czyny autodestrukcyjne. Mimo, iż samookaleczanie zazwyczaj jest ukrywane, jest tragicznym wołaniem o uwagę i pomoc. Student, który ma niskie poczucie własnej wartości, trudności w relacjach społecznych i do tego zaburzony sposób odbierania świata, np. przez epizod depresyjny, będzie próbował obniżyć napięcie poprzez zadawanie sobie cierpienia. Uszkodzenia ciała są symbolem, czy też ekspresją tych głębszych ran psychicznych, które są niewidoczne. Osoby samookaleczające się uważają, że zasługują na ból. Jest on w jakiś sposób kontrolowany przez nie. Zatem okaleczanie własnego ciała stanowi formę odzyskiwania poczucia kontroli nad swoim życiem, daje poczucie sprawstwa. Każdy akt samookaleczania powinien zostać zauważony i podjęte powinny być odpowiednie środki pomocy. Działania autodestrukcyjne wskazują, że student przeżywa bardzo silne i trudne emocje, z którymi nie może sobie poradzić. Okaleczanie swojego ciała jest sposobem na uwolnienie napięcia i emocji. Osoba samookaleczająca się nie ma na celu odebrania sobie życia, rany najczęściej nie zagrażają zdrowiu lub życiu i nie wiążą się z myślami samobójczymi.

Postępowanie

- zaproponowanie rozmowy, bez oceniania tego zachowania,
- nie brać na siebie odpowiedzialności za rozwiązanie problemu – każdy taki epizod ma swoje głębokie podłoże i potrzebny jest specjalista, by temu zaradzić,
- zadbać o siebie – konfrontacja z cierpieniem studenta może być obciążająca, dajmy sobie prawo do przeżywania tej sytuacji i jeśli będzie nam ciężko, poprośmy o profesjonalną pomoc,
- wskazanie możliwości kontaktu z psychoterapeutą, psychologiem²⁷.

²⁷ J. Wachowiak, M. Rudnik, *Uczeń z zaburzeniami psychicznymi...*, op. cit. s. 26.

3.5. Utrata bliskiej osoby

Umieranie, śmierć, żałoba w oczywisty, naturalny i powszechny sposób wpisane są w doświadczenie człowieka. Są też przede wszystkim wydarzeniami zindywidualizowanymi, dotyczą bowiem zawsze konkretnej osoby i tych bliskich, którzy doświadczają jej odejścia. Jest to zawsze egzystencjalne doświadczenie, które ukierunkowuje myślenie nad przemijaniem, skłania do refleksji nad wartością, celem i sensem życia ludzkiego. Trauma związana z doświadczeniem utraty bliskiej osoby w szczególny sposób może skutkować nasileniem objawów związanych z żałobą powikłaną oraz objawami stresu pourazowego. Cierpienie i żałoba po śmierci samobójczej jest inna niż w przypadku śmierci naturalnej. Być może jest końcem cierpienia dla osoby, która odchodzi, lecz jednocześnie początkiem dla wszystkich tych, którzy pozostają. Śmierć kogoś bliskiego to jedno z poważniejszych i obciążających emocjonalnie doświadczeń²⁸.

Pojęcie żałoby i czynniki wpływające na jej przeżywanie

Żałobą określa się utratę bliskiej osoby oraz jej skutki. Okres żałoby nie ma ściśle określonych ram czasowych. W większości przypadków trwa od 12 do około 36 miesięcy. Utrata bliskiej osoby wywołuje w człowieku wiele reakcji w sferze fizycznej, emocjonalnej, poznawczej, duchowej i społecznej.

Etapy żałoby - fazy

- **Faza początkowa** rozpoczyna się w chwili otrzymania wiadomości o śmierci bliskiej osoby i może trwać od kilku godzin do kilku tygodni. Cechą charakterystyczną tego etapu jest szok i niedowierzenie oraz zaprzeczanie zaistniałej sytuacji.
- **Faza środkowa** trwa od kilku do kilkunastu miesięcy. W tym czasie osoba osierocona przejawia liczne dolegliwości fizyczne oraz gwałtowne, ambiwalentne reakcje psychologiczne. Wzrasta ryzyko choroby somatycznej i psychicznej.
- **Faza rozwiązywania/przemiany** ma doprowadzić do rozwiązania kryzysu życiowego, akceptacji zaistniałej sytuacji. Nie oznacza to, że po zakończeniu

²⁸ D. Opozda, M. Parzyszek (red.), *Rodzina w sytuacji straty bliskiej osoby*, Wydawnictwo Episteme, Lublin 2017, s. 7-9.

trzeciego etapu osierocony jest w stanie zapomnieć o zmarłym i powrócić do życia sprzed okresu żałoby. Reakcje żalu stają się jednak coraz słabsze, pozwalają na rozmowę o zmarłym bez silnych emocji. W tej fazie następuje zwiększenie zainteresowania kontaktami społecznymi, pojawiają się plany na przyszłość. Faza ta przygotowuje jednostkę do nabycia umiejętności życia bez zmarłej osoby, z zachowaniem pamięci o niej. W tym miejscu należy jednak zaznaczyć, że znaczące daty, takie jak rocznice ślubu, urodziny, święta mogą być nadal okresami pełnymi smutku i tęsknoty²⁹.

Tabela1. Zmiany w wybranych obszarach funkcjonowania jednostki w zależności od etapu żałoby

Obszar funkcjonowania	I faza żałoby	II faza żałoby	III faza żałoby
Społeczny	<ul style="list-style-type: none"> – wycofanie z relacji społecznych/unikanie interakcji społecznych – zależność od innych – lęk przed samotnością 	<ul style="list-style-type: none"> – wycofanie z relacji społecznych vs. potrzeba towarzyszenia – brak zainteresowania innymi vs. szybkie poszukiwanie nowej relacji – skupienie na własnych reakcjach 	<ul style="list-style-type: none"> – zwiększenie zainteresowania kontaktami społecznymi – potrzeba odnowienia kontaktów społecznych – poszukiwanie nowych ról społecznych
Fizyczny	<ul style="list-style-type: none"> – symptomy szoku, palpacje, wymioty – płacz – zmniejszenie łaknienia – zaburzenia snu 	<ul style="list-style-type: none"> – ból w klatce piersiowej, sptycony oddech – niepokój, drażliwość – aktywność bezcelowa – koszmary senne – halucynacje – obniżenie odporności 	<ul style="list-style-type: none"> – zmniejszenie/ustąpienie objawów fizycznych – zmniejszenie/ustąpienie halucynacji – stabilizacja rytmu snu, łaknienia
Emocjonalny	<ul style="list-style-type: none"> – odrętwienie, apatia – zamrożenie reakcji emocjonalnej – wycofanie vs. gwałtowne reakcje emocjonalne 	<ul style="list-style-type: none"> – emocje o dużym nasileniu (złość, gniew, smutek, poczucie winy) – ambiwalencja uczuć – depresja – poczucie samotności – nieuzasadniony lęk o siebie/ /innych 	<ul style="list-style-type: none"> – mniej gwałtowne, ambiwalentne reakcje emocjonalne – odczuwanie emocji pozytywnych (radość, spokój) – poczucie winy związane z odczuwaniem emocji pozytywnych, zaangażowaniem się w nowe aktywności
Poznawczy	<ul style="list-style-type: none"> – poczucie odrealnienia – niedowierzenie – zaburzenia koncentracji, roztargnienie – zaprzeczanie straty 	<ul style="list-style-type: none"> – zaburzenia koncentracji, zapominanie – niedowierzenie vs. próby zrozumienia sytuacji – poczucie utraty zmysłów, kontaktu z rzeczywistością 	<ul style="list-style-type: none"> – zwiększenie koncentracji, uwagi – poczucie kontaktu z rzeczywistością – bardziej zrationalizowane myśli o zmarłym bez gwałtowny

²⁹ B. Łukaszewska, *Doświadczanie żałoby przez osoby dorosłe. Formy wsparcia psychologicznego w kontekście opieki paliatywno-hospicyjnej*, *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne* 2015, 5, 3, s. 300.

Duchowy	<ul style="list-style-type: none"> – obwinianie Boga/losu – większe potrzeby duchowe – utrata poczucia sensu życia – pragnienie własnej śmierci, dołączenia do osoby zmarłej 	<ul style="list-style-type: none"> – obwinianie Boga/losu – większe potrzeby duchowe – utrata poczucia sensu życia – próby kontaktu ze zmarłą osobą 	<ul style="list-style-type: none"> – powrót do duchowości, religii – odzyskiwanie sensu życia – akceptacja śmierci jako naturalnego etapu życia – oddalona perspektywa własnej śmierci
----------------	--	---	--

Źródło: B. Łukaszewska, *Doświadczenie żałoby przez osoby dorosłe. Formy wsparcia psychologicznego w kontekście opieki paliatywno-hospicyjnej*, Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne 2015, 5, 3, s. 301.

Postępowanie

Żałoby różnych osób mogą przebiegać nieco inaczej z różnym czasem i natężeniem. W przypadku wystąpienia sygnałów w zachowaniu osoby w żałobie świadczących o nieradzeniu sobie przez nią z emocjami warto pokierować ją do zasięgnięcia specjalistycznej pomocy psychologicznej.

3.6. Używki

Obowiązująca w Polsce od 1992 roku Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) wyróżnia zaburzenia psychiczne i zachowania spowodowane przyjmowaniem substancji psychoaktywnych takich jak: alkohol, opiaty, kanabinole, leki uspokajające i nasenne, kokaina, inne niż kokaina substancje stymulujące (w tym kofeina), substancje halucynogenne, tytoń, lotne rozpuszczalniki oraz używanie kilku substancji psychoaktywnych lub innych substancji niż wyżej wymienione³⁰.

Termin substancji psychoaktywnych w języku diagnostyki medycznej używany jest na określenie nie tylko uzależnienia od leków, rozumianych jako produkty przemysłu farmaceutycznego, ale również wszystkich innych substancji zmieniających stan psychiczny. Używanie substancji psychoaktywnych powoduje szerokie spektrum różnych zaburzeń psychicznych i zachowania. ICD-10 klasyfikuje je w następujący sposób: używanie szkodliwe, zespół uzależnienia, ostre zatrucie, zespół abstynencyjny, zaburzenia psychotyczne, zespół amnestyczny, rezydualne i późno ujawniające się

³⁰ M. Makarinska, P. Grzech, *Używanie substancji psychoaktywnych wśród mieszkańców województwa podkarpackiego*, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Rzeszowie, Rzeszów 2017, s. 5.

zaburzenia psychotyczne oraz inne zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania nieokreślone³¹.

Substancje psychoaktywne przyjmowane są na różne sposoby:

- przez przewód pokarmowy (doustnie, podjęzykowo, doodbytniczo);
- poprzez wstrzykiwanie (dożylnie, domięśniowo, podskórnie);
- drogą wziewną (palenie, inhalacja);
- wciąganie do nosa (zwane też „wąchaniem”);
- przez skórę³².

Rodzaje nowych narkotyków

Podstawowym czynnikiem charakteryzującym nowe narkotyki jest ich znaczna różnorodność. Jest wiele grup związków chemicznych, które oddziałują na ośrodkowy układ nerwowy w zróżnicowany sposób: jedne środki pobudzają, drugie wyciszają, a inne wywołują halucynacje. Na polskim rynku nowych narkotyków, który nie odbiega od tendencji obserwowanych w innych krajach europejskich, można zaobserwować, że jest on od kilku lat zdominowany przez dwie grupy substancji: syntetyczne katynony i syntetyczne kannabinoidy.

- **Syntetyczne katynony** to substancje o silnych właściwościach psychostymulujących i empatogennych, podobne do działania kokainy; są pochodną katynonu – jednego ze składników psychoaktywnych rośliny o nazwie khat (pol. Czuwaliczka jadalna, łac. *Catha edulis*). Syntetyczne katynony, dostępne głównie w postaci proszku lub kryształów, przyjmowane są głównie donosowo lub doustnie, choć zdarzają się przypadki podania doodbytniczego lub iniekcyjnego.
- **Syntetyczne kannabinoidy** to substancje, których celem jest wywołanie efektu narkotycznego podobnego do działania marihuany lub haszyszu, zawierających naturalny kannabinoid (Δ^9 -tetrahydrokanabinol - THC). Najpopularniejszym sposobem przyjmowania tych substancji jest palenie lub waporyzacja mieszanki

³¹ A. Batko, E. Waluk, *Nowe narkotyki - poradnik dla nauczycieli*, Główny Inspektorat Sanitarny, Warszawa 2020, s. 67.

³² M. Makarinska, P. Grzech, *Używanie substancji psychoaktywnych...*, op. cit., s. 5-6.

ziołowej, nasączonej jej roztworem, lub palenie masy plastycznej (tzw. sztuczny haszysz), w skład której wchodzi jeden lub kilka kannabinoidów. Na rynku występują gotowe do spożycia susz lub masa plastyczna; oprócz nich narkotyki z tej grupy występują także w postaci proszku lub kryształków, służących do samodzielnego przygotowania tzw. maczanki.

- **Dyntetyczne opioidy**, obejmujące grupę substancji chemicznych oddziałujących na receptory opioidowe, które pełnią istotną funkcję w regulacji odczuwania bólu. Opioidy to zarówno związki naturalne (np. morfina), półsyntetyczne (np. heroina), jak również syntetyczne (leki przeciwbólowe, m.in. fentanyl, oksykodon), o zróżnicowanej budowie chemicznej. Produkty lecznicze, oparte na substancjach z tej grupy, są bardzo powszechnie stosowane w medycynie, jednak korzystanie z nich może mieć poważne konsekwencje uboczne, które niosą ze sobą rozwój tolerancji i uzależnienia oraz depresję układu oddechowego, w wyniku której może dojść do zgonu. Nowa generacja opioidów, będących przede wszystkim pochodnymi fentanylu, zyskuje dużą popularność jako środki odurzające.
- **Benzodiazepiny**, wykazujące działanie przeciwlękowe, uspokajające, nasenne czy przeciwdrgawkowe. Podaje się je przede wszystkim doustnie lub podjęzykowo. Jedną z najpopularniejszych substancji z tej grupy na nielegalnym rynku jest obecnie etizolam, będący środkiem 10-krotnie silniejszym od Diazepamu (Relanium).
- **Syntetyczne psychodeliki**, wśród których można wyróżnić pochodne tryptaminy oraz fenyloetyloaminy, które zmieniają nastrój i procesy postrzegania bez znaczącego wpływu na układ autonomiczny. Sposoby przyjmowania psychodelików obejmują podania doustne, donosowe, podjęzykowe, wziewne oraz doodbytnicze. Najpopularniejszymi sposobami przyjmowania tych substancji są: wciąganie przez nos (proszek), podawanie doustne lub podjęzykowe (tabletki, blottery), jak też po rozpuszczeniu w płynie³³.

³³ A. Batko, E. Waluk, *Nowe narkotyki - poradnik dla nauczycieli...*, op. cit., s. 21-23.

Zespół uzależnienia – kryteria diagnostyczne

- Silne pragnienie przyjmowania substancji albo poczucie przymusu jej przyjmowania.
- Trudności z kontrolowaniem zachowania związanego z przyjmowaniem substancji, jego rozpoczęciem, zakończeniem lub ilością.
- Fizjologiczne objawy stanu odstawienia, występujące po przerwaniu lub zmniejszeniu ilości przyjmowanej substancji, w postaci charakterystycznego dla danej substancji zespołu abstynencyjnego albo używanie tej samej lub podobnie działającej substancji, w celu zmniejszenia nasilenia bądź uniknięcia objawów abstynencyjnych.
- Stwierdzenie tolerancji – w celu wywołania skutków powodowanych poprzednio przez dawki mniejsze, potrzebne są dawki coraz większe.
- Z powodu przyjmowania substancji psychoaktywnych, narastające zaniedbywanie innych źródeł przyjemności lub zainteresowań, zwiększona ilość czasu poświęconego na zdobywanie lub przyjmowanie substancji, albo na odwracanie następstw jej działania.
- Przyjmowanie substancji, mimo wyraźnych dowodów szkodliwych następstw, takich jak: uszkodzenie wątroby wskutek intensywnego picia, stany obniżonego nastroju, w wyniku okresów intensywnego przyjmowania substancji albo polekowe upośledzenie funkcji poznawczych itp³⁴.

Etapy uzależnienia

- I Etap – Norma rozwojowa (używanie substancji psychoaktywnych jako zaspokajanie potrzeb rozwojowych).
- II Etap – Trudność rodziny i otoczenia (używanie substancji psychoaktywnych, powodujące szkody, ale zauważalne tylko przez rodzinę i otoczenie, w tym uczelnię).
- III Etap – Przyjmowanie tożsamości (używanie substancji psychoaktywnych jako proces przyjmowania tożsamości osoby uzależnionej).

³⁴ . Batko, E. Waluk, *Nowe narkotyki - poradnik dla nauczycieli...*, op. cit., s. 68-69.

Postępowanie

Uzależnienia od substancji psychoaktywnych podlegają leczeniu formie ambulatoryjnej w poradniach lub wyspecjalizowanych ośrodkach.

3.7. Stres

W naukach biomedycznych, stres rozumiany jest jako odpowiedź organizmu na jakiegokolwiek stawiane mu wymagania: fizyczne, psychologiczne lub somatyczne. W psychologii, pojęcie to rozumiane jest raczej jako pewnego rodzaju proces, w jakim środowisko i jednostka wzajemnie oddziałują na siebie. Przy czym czasem nacisk kładziony jest bardziej na cechy reakcji osoby poddanej stresowi, czasem zaś na naturę sytuacji stresowej. W psychologii zdrowia dużą wagę przywiązuje się dodatkowo do czynników mediujących lub moderujących reakcję na stres, tj. do sposobów radzenia sobie i wsparcia społecznego. Ogólnie, wyróżnić można trzy odmienne perspektywy patrzenia na stres: skoncentrowaną na reakcji (fizjologicznych objawach odczuwanego stresu), skoncentrowaną na bodźcu (rodzaju i specyfice stresorów, czyli czynników zewnętrznych mogących wywoływać stres) oraz, dominujące we współczesnej psychologii, podejście poznawczo-transakcyjne (uwzględniające rolę aspektów poznawczych i emocjonalnych w interpretacji sytuacji przez osobę)³⁵. Pojęcie stresu, utożsamiane jest na ogół ze stanem dużego napięcia nerwowego, będącego reakcją na oddziaływanie negatywnych bodźców fizycznych lub psychicznych.

Formy stresu:

- stres krótkotrwały (mobilizacyjny),
- distres (wywołujący cierpienie i rozpacz),
- adaptacyjny (przystosowawczy),
- wtórny (zagrożający, jego skutki kumulują się przez dłuższy czas),
- stres zawodowy³⁶.

³⁵ M. Półtorak, *Psychiczne mechanizmy odczuwanego stresu i zadowolenia partnerów ze związku w okresie przyścia na świat pierwszego dziecka*, Rozprawa doktorska, Warszawa 2013, s. 24, https://depotuw.ceon.pl/bitstream/handle/item/421/praca_dr_mpoltorak.pdf?sequence=1, dostęp [30.10.2023].

³⁶ K. Nowak, *Nasilenie stresu i style radzenia sobie z nim u nauczycieli w epidemii COVID-19*, *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio J, Paedagogia-Psychologia*, 34(3), s. 9.

Przykładowe postępowanie profilaktyczne:

- nie należy rozpamiętywać w nieskończoność niepowodzeń i porażek,
- należy znaleźć czas na relaks, odpoczynek, urlop,
- zaleca się regularne stosowanie ćwiczeń fizycznych, przebywanie na świeżym powietrzu, kontaktu z naturą,
- stawianie sobie realistycznych celów i oczekiwań,
- umiejętność odpuszczania,
- podchodzenie do zdarzeń jako wyzwań, a nie przeciwności,
- zrozumienie, że nie można mieć kontroli nad wszystkim,
- utrzymywanie pozytywnych, przyjacielskich relacji z ludźmi,
- unikanie osób, które mają na nas zły wpływ,
- stosowanie diety, zdrowe odżywianie,
- zadbanie o właściwą ilość snu
- unikanie używek,
- korzystanie z pomocy specjalisty zdrowia psychicznego, gdy odczuwamy, że nie radzimy sobie ze stresem.

3.8. Zaburzenia odżywiania

Zaburzenia odżywiania należą do grupy zaburzeń psychicznych wskazanych w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów zdrowotnych (ICD-10) - Zaburzenia odżywiania (F50) – zaburzenia behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi:

- F50.1 Jadłowstręt psychiczny (anorexia nervosa)
- F50.2 Jadłowstręt psychiczny atypowy
- F50.3 Żarłoczność psychiczna (bulimia nervosa)
- F50.4 Atypowa żarłoczność psychiczna
- F50.5 Przejadanie się związane z innymi czynnikami psychologicznymi
- F50.6 Wymioty związane z innymi czynnikami psychologicznymi
- F50.7 Inne zaburzenia odżywiania

- F50.8 Zaburzenia odżywiania się, nieokreślone³⁷.

Do grupy tej należą między innymi anoreksja i bulimia, które nieleczone mogą prowadzić do bardzo poważnych konsekwencji zdrowotnych a nawet śmierci. Konieczne jest więc leczenie i często pobyt w szpitalu. Zaburzenia odżywiania częściej dotyczą kobiet, mogą dotyczyć osób w każdym wieku, najczęściej chorują nastolatki i młode osoby dorosłe. Jako przyczynę zaburzeń odżywiania wskazuje się genetykę oraz czynniki psychospołeczne. Zaburzenia w odżywianiu mogą prowadzić do wychudzenia i wyniszczenia organizmu, bądź do nadwagi i otyłości. Mogą być również przyczyną groźnych dla życia zaburzeń w funkcjonowaniu organizmu (zmiany w narządach, zaburzenia elektrolitowe, zaburzenia nawodnienia organizmu)³⁸.

Anoreksja (jadłowstręt psychiczny)

W Klasyfikacji ICD anoreksja została opisana według następujących kryteriów diagnostycznych:

- istotnie niska masa ciała dla wzrostu, wieku i etapu rozwoju (wskaźnik masy ciała BMI poniżej 18,5 kg/m² u dorosłych i BMI poniżej piątego centyla u dzieci i młodzieży), niespowodowana innym stanem zdrowia lub brakiem dostępu do pożywienia;
- niskiej masie ciała towarzyszy trwałe wzorce zachowań zapobiegających przywróceniu prawidłowej masy ciała, który może obejmować zachowania mające na celu zmniejszenie spożycia energii (ograniczone odżywianie), zachowania przeczyszczające (np. wymioty wywołane przez siebie, nadużywanie środków przeczyszczających) oraz zachowania ukierunkowane na zwiększanie wydatku energetycznego (np. nadmierne ćwiczenia) - zachowania te są zwykle związane z lękiem przed przyrostem masy ciała;
- niska masa ciała lub kształt ciała mają kluczowe znaczenie dla samooceny danej osoby lub są nieadekwatnie postrzegane jako normalne lub nawet nadmierne³⁹.

³⁷ International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-10, Volume I, World Health Organization 2009, p. 234-235.

³⁸ E. Góralczyk, *One są wśród nas. Dziecko z zaburzeniami odżywiania w szkole i przedszkolu*, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, Warszawa 2010, s. 7.

³⁹ J. Wachowiak, M. Rudnik, *Uczeń z zaburzeniami psychicznymi...*, op. cit. s. 35.

Leczenie anoreksji jest trudne i długotrwałe, wymaga współpracy specjalistów z różnych dziedzin. Na początku najważniejsza jest pomoc psychiatry lub psychologa. Na tym etapie rolą dietetyka jest wspomaganie leczenia. Powrót do należytnej masy ciała jest zazwyczaj procesem długotrwałym i powolnym. W tym czasie osoba chora powinna odzyskać kontrolę nad własnymi nawykami żywieniowymi. Ogromne znaczenie ma motywacja osoby chorej i wsparcie ze strony bliskich⁴⁰.

Bulimia (żarłoczność psychiczna)

Kryteria diagnostyczne bulimii definiują ją jako nawracające epizody przejadania się - co najmniej 2 razy tygodniowo w ciągu 3 miesięcy, w czasie których w krótkim czasie spożywane są duże ilości pokarmu. Bulimię charakteryzuje uporczywa koncentracja na jedzeniu i silne pragnienie lub poczucie przymusu jedzenia (głód). Pacjent usiłuje przeciwdziałać efektom „tycia” za pomocą jednej lub więcej z następujących metod zwanych zachowaniami kompensacyjnymi w tym poprzez prowokowanie wymiotów, prowokowanie wydalania stolca, kolejne okresy głodowania, stosowanie leków obniżających łaknienie, preparatów tarczycy, leków moczopędnych.

Osoba z bulimią ocenia siebie jako otyłą, towarzyszy jej strach przed przytyciem, cechują ją błędne przekonania, odczucia oraz zachowania związane z żywieniem. Bulimia prowadzi do wielu problemów zarówno medycznych, interpersonalnych, jak i żywieniowych. Konsekwencją zachowań bulimicznych mogą być między innymi zaburzenia rytmu serca, napady drgawkowe, zapalenie ślinianek, zespół Mallory’ego-Weissa, zaburzenia elektrolitowe zagrażające życiu, niedożywienie

W leczeniu bulimii powinno się zatem uwzględniać wszystkie aspekty zaburzenia. Terapia powinna być ukierunkowana na zmianę nieprawidłowych przekonań i odczuć pacjenta oraz uwzględniać zmianę zachowań żywieniowych. Dlatego w skład interdyscyplinarnego zespołu leczenia bulimii powinni wchodzić lekarze różnych specjalności, terapeuci oraz dietetyk⁴¹.

⁴⁰ E. Rychlik, *Dieta w leczeniu anoreksji*, Narodowe Centrum Edukacji Żywieniowej, Dieta w leczeniu anoreksji - Narodowe Centrum Edukacji Żywieniowej (pzh.gov.pl), dostęp [29.10.2023].

⁴¹ A. Mosiołek, D. Mamczak, *Zachowania związane z żywieniem i sposób postrzegania choroby u pacjentek z bulimią - badanie pilotażowe*, *Psychiatria*, tom 15, nr 4, s. 206-207.

Jak można wspierać studenta z zaburzeniami odżywiania?

- Jeśli zaniepokoi nas stan zdrowia studenta, obniżająca się masa ciała, brak koncentracji uwagi, drażliwość i widoczne napięcie emocjonalne, porozmawiaj z nim, zaproponuj konsultacje ze specjalistą.
- Ważne jest okazywanie akceptacji i zrozumienia dla problemu studenta.
- W razie wątpliwości zadbajmy o swój komfort i poprośmy o wsparcie pracowników Biura Wsparcia Osób z Niepełnosprawnością.

3.9. Seksualność

Czym jest seksualność?

Różnice w podejściu do definiowania zaburzeń seksualnych wynikają z różnego rozumienia seksualności przez specjalistów zdrowia seksualnego. Psycholodzy-seksuolodzy łączą seksualność z relacyjnością, czyli sferą, w której realizuje się zmysłowość i potrzeby cielesne oraz potrzeba więzi, tworzenia i pogłębiania intymności. W relacyjnym rozumieniu seksualności ogromną rolę odgrywa komunikacja z partnerem.

Inna grupa specjalistów, głównie lekarzy i sex coach'ów, określa seksualność bardziej jako relację z własnym ciałem niż z partnerem. W tym rozumieniu, ze zdrowiem seksualnym mamy do czynienia wtedy, kiedy dana osoba posiada sprawne funkcje seksualne, czyli może uzyskać i utrzymać podniecenie, doświadczyć orgazmu i gdy nie ma kompulsywnych zachowań seksualnych⁴².

Orientacja seksualna to trwały, emocjonalny, uczuciowy i seksualny pociąg wobec osób określonej płci. Wbrew spotykanym do dziś opiniom nie jest on kwestią wyboru danej osoby, a uwarunkowany jest złożonym wzajemnym oddziaływaniem czynników zarówno biologicznych, jak i środowiskowych oraz poznawczych, włączając w to uwarunkowania genetyczne i wrodzone czynniki hormonalne. Nie jest jednak możliwe stwierdzenie, jaki mechanizm działania wszystkich czynników musi nastąpić, żeby człowiek mógł określić

⁴² K. Grunt-Mejer, *Seksualność człowieka - czym jest, jak o nią dbać, co jest normą?*, <https://swps.pl/centrum-prasowe/informacje-prasowe/33381-seksualnosc-czlowieka>, [29.10.2023].

własną orientację seksualną. Z pewnością dochodzi do złożonych interakcji wszystkich czynników, które w rezultacie zadecydują o charakterze seksualnym osoby⁴³.

Możemy wyróżnić następujące orientacje seksualne:

- heteroseksualność, osoba heteroseksualna odczuwa pociąg seksualny do osób przeciwnej płci,
- homoseksualność, osoba homoseksualna odczuwa pociąg do osób tej samej płci,
- biseksualność, osoba biseksualna odczuwa pociąg seksualny do obu płci,
- panseksualność, osoba panseksualna odczuwa pociąg seksualny do osób bez względu na ich płeć czy tożsamość płciową,
- aseksualność, osoba aseksualna nie odczuwa pociągu seksualnego wobec innych osób.

Tożsamość płciowa to poczucie przynależności do określonej płci, przeżywanie i identyfikowanie siebie jako kobiety, mężczyzny albo osoby innej płci. Tożsamość płciowa zazwyczaj, jednak nie zawsze, odpowiada naszej płci chromosomalnej i fenotypowej. Gdy człowiek nie czuje się komfortowo, utożsamiając swoją płeć z płcią biologiczną, dochodzi u niego do zjawiska zwanego dysforią płciową⁴⁴.

Transpłciowość to wszelkie formy niezgodności pomiędzy płcią przypisaną i tożsamością płciową. Wśród osób transpłciowych znajdują się zarówno takie, które wykształciły jednoznacznie męskie lub żeńskie tożsamości płciowe, jak również osoby niebinarne.

Transpłciowy mężczyzna/transpłciowa kobieta

TM –osoba o tożsamości męskiej, której przy urodzeniu przypisano płeć żeńską

TK - osoba o tożsamości żeńskiej, której przy urodzeniu przypisano płeć męską.

⁴³ K. Wąś-Zaniuk, O. Wieczorek, A. Golan, *Rodzaje orientacji seksualnych. Jak określić swoją orientację seksualną?*, <https://portal.abczdrowie.pl/podzial-orientacji-seksualnych>, dostęp [29.10.2023].

⁴⁴ R. Spielman, W. Jenkins, M. Lovett, J. Czarnota-Bojarska, *Psychologia...*, op. cit., s. 369.

Tożsamość niebinarna to zjawisko przeżywania siebie jako osoby więcej niż jednej płci lub żadnej, celowej rezygnacji z etykietowania swojej tożsamości płciowej bądź przeżywania jej jako płynnej i (lub) podlegającej zmianom⁴⁵.

Dysforia płciowa to kategoria diagnostyczna uwzględniona w piątym wydaniu Diagnostycznego i statystycznego podręcznika zaburzeń psychicznych (DSM-5) obejmująca jednostki, które nie utożsamiają się z płcią, którą większość ludzi im przypisuje. Aby można było mówić o tym zjawisku w kontekście kryteriów diagnostycznych DSM-5, dysforia musi utrzymywać się przez co najmniej pół roku i prowadzić do cierpienia lub zaburzeń. W celu przypisania do takiej kategorii osoba musi wyrazić chęć posiadania innej płci. Bardzo dużo osób z rozpoznaną dysforią płciową żyje w zgodzie ze swoją tożsamością płciową. Oznacza to, że noszą ubrania typowe dla płci przeciwnej i przyjmują, że taka właśnie jest ich płeć. Osoby te poddają się również terapii hormonalnej korekty płci, by ich ciało bardziej przypominało płeć przeciwną. W niektórych przypadkach decydują się nawet na operacje zmiany wyglądu zewnętrznych narządów płciowych, aby odpowiadały ich tożsamości płciowej⁴⁶.

⁴⁵ J. Radko, *Dysforia płciowa u dzieci i młodzieży. Współczesne koncepcje*, Materiały: Zaburzenia wieku dorastania - spotkanie dla pedagogów, specjalistów i wychowawców, Centrum Edukacji Nauczycieli w Koszalinie, <http://cen.edu.pl/Strona-glowna,1/Zaburzenia-wieku-dorastania-spotkanie-dla-pedagogow-specjalistow-i-wychowawcow,3008.html>, dostęp [25.10.2023].

⁴⁶ R. Spielman, W. Jenkins, M. Lovett, J. Czarnota-Bojarska, *Psychologia...*, op. cit., s. 369; J. Majcherek, *Dysforia płciowa u adolescentów i preadolescentów jako wyzwanie pedagogiczne*, *Lubelski Rocznik Pedagogiczny*, T. XLI, z. 2 - 2022, s. 146-147.

Co robić, gdy student informuje o braku identyfikacji z płcią biologiczną?

W żadnym akcie prawa nie zostały określone zadania i sposób działania pracowników uczelni w sytuacji, gdy student informuje, że nie identyfikuje się ze swoją płcią biologiczną. Tym samym brak jest również prawnych wskazówek dotyczących postępowania w przypadku prośby o zwracanie się do niego lub do niej innym imieniem⁴⁷.

W Biuletynie Rzecznika Praw Obywatelskich czytamy, że nie sposób wskazać przepisu prawa, który zabraniałby zwracania się do człowieka w preferowanej przez niego formie, nawet jeśli jest ona niezgodna z jego metryką i nieustaloną jeszcze wyrokiem sądu płcią. Wybór odpowiednich końcówek czy zwrotu pan lub pani to kwestie wyłącznie grzecznościowe i uznaniowe, a nie regulowane prawem. Dlatego też rekomenduje się zwracanie się do człowieka w sposób przez niego preferowany – najprawdopodobniej będzie to forma odpowiadająca płci odczuwanej, ale działaniem okazującym najwięcej szacunku będzie zapytanie osoby jak chciałaby, żeby się do niej zwracać⁴⁸.

Główne wyzwania dla kształcenia

Nawet gdyby dysforia płciowa dotykała jedynie kilku procent studentów, oznaczałoby to, że zjawisko to dotyczy od kilkunastu do kilkudziesięciu studentów. Zważywszy na możliwość indukowania oraz potencjalnie ostre i niebezpieczne przejawy, stwarza to zagrożenie, którego pracownicy uczelni powinni być świadomi i na które powinni być przygotowani. Główne wyzwanie to ochrona studenta wykazującego symptomy GD przed patologizacją i stygmatyzacją ze strony grupy rówieśniczej, podobnie jak w przypadku studentów o innych cechach cielesno-fizjologicznych lub psychometrycznych, mogących być powodem nieprzychylnych, a nawet agresywnych reakcji otoczenia. Lęk przed stygmatyzacją ze strony środowiska jest czynnikiem nasilającym objawy dysforii płciowej. Zatem gdy w grupie studenckiej pojawia się temat transseksualizmu, nie można pozostać obojętnym i biernym⁴⁹.

⁴⁷ J. Radko, *Dysforia płciowa u dzieci i młodzieży. Współczesne koncepcje...*, op. cit.

⁴⁸ A. Bodnar (red.), *Postępowania w sprawach o ustalenie płci. Przewodnik dla sędziów i pełnomocników*, Biuletyn Rzecznika Praw Obywatelskich, seria Zasada Równego Traktowania. Prawo i Praktyka, Warszawa 2020, s. 33.

⁴⁹ J. Majcherek, *Dysforia płciowa u adolescentów i preadolescentów...*, op. cit., s. 154-155.

Sposoby radzenia sobie z dysforią płciową

- terapia, podjęcie pracy terapeutycznej może pomóc zrozumieć swoje emocje i uzyskać sposoby na radzenie sobie z nimi,
- hormonalna terapia zastępcza (HRT), terapia ta ma na celu spowodowanie fizycznych zmian w kierunku pożądanej płci,
- operacje korekcyjne, niektóre osoby decydują się na dokonanie operacji korekcyjnej zmiany płci,
- zmiana stylu życia, osoby decydują się na zmianę swojego stylu życia na zgodne ze swoją tożsamością płciową, może to wiązać się ze zmianami zmiany w ubiorze, fryzurze itp.

4. Zalecane metody nauczania osób z zaburzeniami psychicznymi

W środowisku akademickim czynnikami, które chronią studentów w obszarze zdrowia psychicznego, są więź z uczelnią, życzliwa i pełna szacunku atmosfera, możliwość odnoszenia przez studentów sukcesów oraz wyznaczania własnych osiągnięć, prospołeczne środowisko rówieśnicze, niezgoda uczelni i wyciąganie konsekwencji wobec zachowań przemocowych⁵⁰.

Nauczycielu zapamiętaj!

- Twoje wsparcie powinno polegać na uwzględnieniu kontekstu chorobowego i stworzeniu optymalnych warunków, w których student może efektywnie uczyć się oraz wykazać się posiadaną wiedzą i umiejętnościami.
- O problemach studenta z zaburzeniami psychicznymi rozmawiaj tylko w jego obecności, bez ujawniania własnych opinii innym studentom i pracownikom uczelni.
- Nie jesteś specjalistą – nie udzielaj porad medycznych, terapeutycznych, zaleceń, sugestii w przypadku kontaktu ze studentem prezentującym objawy zaburzenia sfery psychicznej. Poinformuj właściwe osoby o zaistniałym zdarzeniu (opiekuna roku, prodziekana ds. studenckich).
- Wykaż zrozumienie, że student z zaburzeniami psychicznymi może w inny sposób interpretować otaczającą rzeczywistość, nie stygmatyzujmy go – nie używajmy określeń typu „schizofrenik”, „psychopata”.
- W okresie ciężkiego nasilenia depresji student nie jest w stanie zastosować się do zachęt dotyczących większej aktywności. Warto motywować, ale stosując zasadę małych kroków, dostosowanych do jego gotowości i możliwości. Nadmierne naciski mogą pogłębiać poczucie jego bezradności i niespełniania oczekiwań otoczenia.
- Jeżeli student podzieli się z nami informacją o zdiagnozowanym zaburzeniu psychicznym - uszanujmy to zaufanie. Mamy do czynienia z dorosłą osobą, która ma prawo do podjęcia decyzji, kogo informuje o swoim stanie zdrowia. Jeżeli

⁵⁰ J. Wachowiak, M. Rudnik, *Uczeń z zaburzeniami psychicznymi...*, op. cit. s. 10.

wykażemy właściwą postawę, to być może zachęci ją to do większej otwartości wobec innych.

- Jeżeli student zasygnalizuje nam pogorszenie samopoczucia, wyrażmy zrozumienie i okażmy wsparcie. Nie diagnozujemy, tylko zachęćmy do kontaktu ze specjalistą. Studentowi cierpiącemu na depresję pomaga tworzenie atmosfery akceptacji oraz komunikaty, że depresja i wiążące się z nią objawy mają charakter czasowy i przemijający.
- Student cierpiący na depresję rzadko o tym mówi. Raczej wygląda na przygnębionego, bez energii. Możemy zauważać zmiany w zachowaniach: student trzyma się na uboczu, przejawia mniejszą od zwykłej aktywność, zwiększa się absencja na zajęciach, pogorszają oceny. W poważniejszych stanach występuje wyraźne spowolnienie psychoruchowe. Przejawia się w trudnościach ze sformułowaniem wypowiedzi i wolnym tempem mówienia, licznymi przerwami, opóźnionymi reakcjami motorycznymi. Obserwując niepokojące nas sygnały zapytajmy dyskretnie czy i jak możemy pomóc.
- Nigdy nie lekceważmy gróźb samobójczych. Założenie, że student, który mówi o popełnieniu samobójstwa manipuluje otoczeniem jest błędne: osiem na dziesięć osób, które dokonały samobójstwa sygnalizowało wcześniej ten zamiar. W sytuacji bezpośredniego zagrożenia (np. słyszymy komunikat o zamiarze odebrania sobie życia) wzywamy pogotowie.
- W przebiegu wielu zaburzeń psychicznych (m.in. nastroju, lękowych) mogą pojawić się przejściowe trudności z zapamiętywaniem i koncentracją uwagi. Zachęcajmy do robienia notatek, upewnijmy się, czy ustalenia zostały właściwie zrozumiane. Jeżeli to możliwe warto udostępnić prezentacje multimedialne oraz materiały dydaktyczne ułatwiające usystematyzowanie treści przekazywanych na zajęciach. Zadania i polecenia powinny być formułowane konkretnie i precyzyjnie.
- Nie koncentrujmy nadmiernie uwagi i nie komentujmy widocznych objawów silnego lęku u studenta (czerwienienie się, drżenia kończyn czy głosu) czy ruchów mimowolnych (tiki).

- Dostrzegajmy i podkreślajmy mocne strony studenta, zauważajmy i podkreślajmy postępy. Taka postawa wzmocni zarówno studenta, a także będzie skutecznym narzędziem profilaktyki zaburzeń psychicznych dla całej społeczności akademickiej.
- Jeżeli student jest wyraźnie pobudzony, wypowiada niezrozumiałe lub dziwaczne treści, jest silnie pobudzony ruchowo, zachowajmy spokój, w miarę możliwości zapewnijmy mu bezpieczeństwo i wezwijmy pogotowie. W toku interakcji starajmy się przekazywać uspokajające emocje, odzwierciedlające troskę i pozytywne ustosunkowanie do studenta. Objawy o charakterze psychotycznym lub takie przypominające, mogą pojawić się w przebiegu różnych zaburzeń psychicznych, ale też somatycznych czy spowodowanych przyjęciem substancji psychoaktywnych. W wielu przypadkach mają charakter przejściowy i ustępują w wyniku wdrożenia właściwego leczenia.
- Zachowania agresywne są zjawiskiem rzadkim. Stereotypowe przypisywanie większej tendencji do agresji wynika z mitów popkultury i nie znajduje potwierdzenia w badaniach, które wskazują, że są one raczej częściej ofiarami agresji. Zachowania konfliktowe czy roszczeniowe częściej towarzyszą niektórym zaburzeniom osobowości, szczególnie antyspołecznej. Kiedy rozmawiamy z kimś zachowującym się agresywnie starajmy się zachowywać spokojnie, utrzymajmy dystans (ok. 1 - 1,5 m - poza granicami przestrzeni osobistej), nie podnośmy głosu, unikajmy gwałtownej gestykulacji. W miarę możliwości zaprośmy do pozycji siedzącej. Używajmy neutralnych, nie konfrontacyjnych sformułowań: „Czy mógłby Pan powiedzieć jak możemy Panu pomóc?”⁵¹.

Sytuacje w zachowaniu studenta, wymagające szczególnej uwagi

- Student izoluje się społecznie, unika kontaktów. Osoba w kryzysie, często podświadomie swoim zachowaniem „zniechęca” innych do kontaktu, potrzebuje czuć, że jest dla kogoś ważna, chce być blisko, choć często wprost komunikuje,

⁵¹ S. Czachowski, K. Śliwińska-Psiuk, *Komunikacja z osobami z zaburzeniami i problemami natury psychicznej*, [w:] pod red. M. Cyrklaff-Gorczyca, *Jak komunikować się z osobami z niepełnosprawnościami i problemami natury psychicznej* Poradnik dla pracowników Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń 2020, s. 38-39.

że nie ma żadnych potrzeb, że chce być sama, że wszyscy mają dać jej spokój, że nikt jej nie rozumie.

- Student jest „tykającą bombą” emocji, jego zachowania i sposób reakcji są nieadekwatne do sytuacji, nawet w momencie wyciszenia trudno mu o wgląd w sytuację. Jego dominujące uczucia to smutek, złość, irytacja, rozdrażnienie, czasem komunikuje, że sam nie wie, co się z nim dzieje, że nie panuje nad sobą, wzrasta poziom jego impulsywności, ilość zachowań agresywnych, może dojść do stosowania przemocy, mogą pojawić się zachowania autoagresywne.
- Student nie przyjmuje pochwał i dobrych słów na swój temat, reaguje wręcz złością, gdy mówi się o nim dobrze, sam powtarza, że jest beznadziejny, nic nie wart, że wolałby umrzeć, że innym byłoby lepiej, gdyby jego nie było, gdyby się nie urodził, że jest tylko trudnością, problemem.
- Student zmienia rytm dobowy, wydaje się permanentnie zmęczony lub wprost informuje, że nie może spać, ma trudności z zaśnięciem, wybudza się w nocy, rano nie może się podnieść.
- Student zmienia stosunek do nauki, pracy, trudno mu się skupić, nie potrafi uzasadnić swoich zaniedbań wobec obowiązków, nie wykazuje motywacji do nauki na żadnym z przedmiotów, sprawia wrażenie, że nic go nie interesuje, nie przejawia motywacji zarówno w pracy grupowej, jak i indywidualnej, sprawia wrażenie jakby to nauczycielowi bardziej zależało na jego osiągnięciach, odrzuca pomoc w nauce.
- Student ma na swoim ciele ślady po samouszkodzeniach, wrywa sobie włosy, kompulsywnie obgryza paznokcie, ciągle się drapie, potrzebuje często wyjść do toalety, aby załatwić potrzebę fizjologiczną lub umyć ręce, i rzeczywiście to robi.
- Student zaniedbuje swój wygląd zewnętrzny, komunikuje, że nie ma dla niego znaczenia rodzaj fryzury, waga, nie szuka swojego stylu w ubieraniu się, zaczyna sprawiać wrażenie osoby niechlujnej.

- Student zaczyna interesować się chorobami psychicznymi i/lub śmiercią, szuka intensywnie informacji na ten temat, żegna się z osobami, oddaje swoje rzeczy, pisze testament⁵².

⁵² J. Wachowiak, M. Rudnik, *Uczeń z zaburzeniami psychicznymi...*, op. cit. s. 8-9.

5. Standardy obsługi osób z zaburzeniami psychicznymi

5.1. Sposoby i style komunikowania osób z zaburzeniami psychicznymi

Jak rozpoznać osobę z problemami zdrowia psychicznego?

Osoba z problemami zdrowia psychicznego często nie różni się cechami fizycznymi od innych osób. Objawy choroby mogą jednak przyczynić się do braku dbałości o higienę własną i swojego najbliższego otoczenia. Na przykład ubiór może być niedostosowany do warunków pogodowych lub wieku osoby. Przyjmowane leki mogą powodować otyłość, spowolnienie procesów myślowych, zaburzenia snu. To może skutkować niezrozumiałym zachowaniem tych osób, np. płaczliwością, nieuzasadnionymi wybuchami złości.

Jak komunikują się osoby z problemami zdrowia psychicznego?

Osoby z problemami zdrowia psychicznego komunikują się najczęściej werbalnie. Zależy to od doświadczanych trudności. Ten rodzaj niepełnosprawności zwykle nie pociąga za sobą problemów z mową, zwłaszcza w czasie remisji. Jednak w okresie nawrotu objawów osoby mogą mieć słowotok. Ich wypowiedzi mogą być chaotyczne i nielogiczne. Mogą stanowić ciąg niepowiązanych ze sobą słów. Niektórzy mogą odczuwać niechęć do komunikowania się

O czym trzeba pamiętać w kontakcie z osobami z problemami zdrowia psychicznego?

Osoby z tymi niepełnosprawnościami to bardzo różnorodna grupa. Każda z tych niepełnosprawności ma swoją specyfikę i odrębności. Jednak niektóre cechy danej niepełnosprawności mogą współwystępować u jednej osoby. Dlatego wspieranie tych osób w kontakcie z instytucjami wymaga wiedzy, ale także otwartości, czujności i empatii. Osoby z problemami zdrowia psychicznego mają prawo do równego i podmiotowego traktowania⁵³.

⁵³ M. Zima-Parjaszewska, K. Makowiecka, B. Abramowska, B. Józefowicz, *Dostosowanie instytucji i usług publicznych do potrzeb osób...*, op. cit. s. 13.

Dobre praktyki w obsłudze studentów

- Pracownik uczelni w obsłudze studenta z chorobą lub zaburzeniem psychicznym w zdecydowanej większości przypadków nie będzie miał świadomości, że student cierpi na takie schorzenie, gdyż obecnie istnieją skuteczne sposoby leczenia i ograniczania następstw schorzeń psychicznych.
- Choroba lub zaburzenie psychiczne nie powinno być utożsamiana z niepełnosprawnością intelektualną. Depresja, schizofrenia, choroba afektywna dwubiegunowa, zaburzenia lękowe, nerwicowe, anoreksja, bulimia i inne dotyczą studentów w normie intelektualnej, utrudniając lub uniemożliwiając im funkcjonowanie w społeczne. Jednak ich objawy poprzez właściwe leczenie mogą zostać zminimalizowane, a nawet zlikwidowane. Tym samym osoby nimi dotknięte mogą powrócić do wszystkich lub wielu codziennych aktywności.
- Może się zdarzyć, że student będzie zachowywał się nietypowo (np. mówił nielogiczne rzeczy, wydawał się nadmiernie ospały lub przeciwnie – będzie bardzo pobudzony i przesadnie entuzjastyczny). Należy wówczas pamiętać, że osoby z chorobami i zaburzeniami psychicznymi nie stanowią zagrożenia dla innych, a przejawy agresji zdarzają się niezmiernie rzadko i tylko w przypadku szczególnych rodzajów schorzeń.
- Jeśli wystąpi jakaś trudna sytuacja związana ze schorzeniem psychicznym, pracownik uczelni powinien zachować spokój, zapytać studenta, w jaki sposób może mu pomóc, delikatnie zasugerować możliwość powiadomienia bliskiej osoby lub podjąć inne kroki, stosownie do sytuacji⁵⁴.

Jeśli widzę, że ze studentem dzieje się coś niepokojącego

- Jeżeli w ocenie pracownika istnieje bezpośrednie zagrożenie życia lub zdrowia studenta bądź innego pracownika należy niezwłocznie wezwać pogotowie ratunkowe dzwoniąc na numer alarmowy 112 i poinformować operatora

⁵⁴ Fundacja Integralia, *Dobre praktyki w obsłudze klientów z niepełnosprawnościami*, https://www.integralia.pl/wp-content/uploads/2017/12/Zmie%C5%84-Perspektyw%C4%99_obs%C5%82uga-klienta.pdf, dostęp [25.10.2023].

o psychicznym podłożu stanu studenta. W tej sytuacji należy towarzyszyć osobie, której życie/ zdrowie jest zagrożone, aż do czasu uzyskania przez nią pomocy ze strony służb ratunkowych. W żadnym razie nie należy pozostawiać takiej osoby samej.

- Jeżeli osoba ta stanowi zagrożenie dla bezpieczeństwa innych osób, pracownik nie powinien pozostawać z nią sam na sam, wtedy należy jak najszybciej wezwać ochronę budynku. Jeżeli w ocenie pracownika nie ma bezpośredniego zagrożenia życia studenta, jednak przejawia on niepokojące objawy z obszaru zaburzeń psychicznych, należy zaproponować mu skorzystanie ze wsparcia psychologicznego w obrębie uczelni.
- Jeśli student jest pobudzony, należy zapewnić mu możliwość wyciszenia się (np. wyjście do strefy relaksu, pustego gabinetu czy chociaż na pusty korytarz) i okazać zainteresowanie i wsparcie.
- Jeżeli pracownik czuje się na siłach, może sam spróbować porozmawiać ze studentem o sytuacji problemowej. W takiej sytuacji należy poinformować studenta o możliwości skorzystania z pomocy psychologicznej, można też zachęcić studenta do spotkania z Pełnomocnikiem Rektora ds. Osób z Niepełnosprawnością w celu uzyskania szerszych informacji o dostępnym w obrębie uczelni wsparciu.
- Jeżeli pracownik nie czuje się na siłach, by angażować się w bezpośrednią rozmowę ze studentem o jego sytuacji, a stan studenta jest względnie stabilny (student nie wykazuje pobudzenia), należy poinformować o swoich spostrzeżeniach Pełnomocnikiem Rektora ds. Osób z Niepełnosprawnością⁵⁵.

5.2. Dane kontaktowe do instytucji pomocowych

- Kryzysowy telefon zaufania dla dorosłych
tel. 116-123; <https://116sos.pl/>
- Wsparcie dla osób w po stracie bliskich będących w żałobie
tel. 800 108 108; <https://naglesami.org.pl/>

⁵⁵ M. Balewska (red.), *Trudne sytuacje w relacjach ze studentami...*, op. cit., s. 18-19.

- Bezpłatna linia wsparcia dla osób po stracie bliskich
tel. 800 108 108
- Telefoniczna pierwsza pomoc psychologiczna
tel. 22 425 98 48
- Antydepresyjny telefon zaufania
tel. 022 484 88 01; <https://psychologia.edu.pl/>
- Ogólnopolskie pogotowie dla ofiar przemocy w rodzinie „NIEBIESKA LINIA”
tel. 800 120 002; <https://www.niebieska.info/>
- Antydepresyjny telefon forum przeciw depresji
tel. 22 594 91 00
- ITAKA – antydepresyjny telefon zaufania
tel. 22 484 88 01
- Stowarzyszenie ANIMO – ODWAŻ SIĘ ŻYĆ!
tel. 22 270 11 65; e: mail psycholog@stowarzyszenieanim.pl
- Telefon zaufania dla osób cierpiących z powodu uzależnień behawioralnych i ich bliskich
tel. 801 889 880; <https://www.uzaleznieniabehawioralne.pl/>
- Telefon Zaufania Anonimowych Alkoholików, Koszalin
tel. (094) 342-40-53
- Powiatowe Centrum Pomocy w Rodzinie, Koszalin
tel. 94 342 84 55
- Pełnomocnik ds. Osób Niepełnosprawnych w Urzędzie Miasta Koszalin
Adres: 75-007 Koszalin, ul. Rynek Staromiejski 6-7, pok.23
tel. + 48 94 348 87 17; e-mail: anna.ginda@um.koszalin.pl
- Polskie Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii Oddział w Koszalinie
tel. (094) 341 01 01
- Ogólnopolski Telefon Zaufania (Narkotyki — Narkomania)
tel. 801 199 990; <https://www.uzaleznienia.org.pl/telefony-zaufania>
- Anonimowa policyjna linia specjalna
tel. 800 120 148

- Centrum Usług Społecznych, Koszalin
tel. 94 341 92 57
- Centrum wsparcia dla osób w kryzysie emocjonalnym
tel. 800 70 22 22; <https://centrumwsparcia.pl/>

5.3. Przydatne strony internetowe

- Biuro Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych
<https://niepełnosprawni.gov.pl/>
- Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
<https://www.pfron.org.pl/>
- Pełnomocnik ds. Osób Niepełnosprawnych Urząd Miejski w Koszalinie
<https://www.koszalin.pl/pl/baza-kontaktowa/wydzialy/33>
- Portal Organizacji Pozarządowych
<https://www.ngo.pl/>
- Powiatowy Urząd Pracy w Koszalinie
<https://koszalin.praca.gov.pl/dla-bezrobotnych-i-poszukujacych-pracy/dla-niepełnosprawnych>
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej
<https://www.sejm.gov.pl/prawo/konst/polski/kon1.htm>
- Uchwała Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 1 sierpnia 1997 r. Karta Praw Osób Niepełnosprawnych
<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wmp19970500475>
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych
<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19971230776/U/D19970776Lj.pdf>
- MEDiSON - Środkowopomorskie Centrum Zdrowia Psychicznego
<https://medison.com.pl/>
- Centrum Zdrowia Psychicznego i Seksualnego QUANTUM
<https://centrumquantum.pl/o-centrum/>
- Młodzi Młodym. Stowarzyszenie Profilaktyki i Terapii

<https://mlodzi-mlodym.koszalin.pl/>

- Fundacja Integracja

www.integracja.org

- Portal Niepełnosprawni.pl

<http://www.niepelnosprawni.pl/>

6. Bibliografia

Adamczyk P., *Wsparcie w kryzysie. rola wsparcia społecznego w sytuacji zagrożenia samobójczego wśród młodzieży*, Rozprawa doktorska, Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny w Łodzi, Łódź 2023, https://dspace.uni.lodz.pl/xmlui/bitstream/handle/11089/48030/rozprawa_doktorska_Paulina_Adamczyk.pdf?sequence=1&isAllowed=y, dostęp [30.10.2023].

Balewska M. (red.), *Trudne sytuacje w relacjach ze studentami. Zasady postępowania i scenariusze rozmów*, Centrum Obsługi Studentów Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach Katowice 2020.

Batko A., Waluk E., *Nowe narkotyki - poradnik dla nauczycieli*, Główny Inspektorat Sanitarny, Warszawa 2020.

Bodnar A. (red.), *Postępowania w sprawach o ustalenie płci. Przewodnik dla sędziów i pełnomocników*, Biuletyn Rzecznika Praw Obywatelskich, seria Zasada Równego Traktowania. Prawo i Praktyka, Warszawa 2020.

Chodkowski Z., *Wyznaczniki agresji i metody jej przeciwdziałania*, Kultura – Przemiany – Edukacja, t. VI (2018), s. 213.

Czachowski S., Śliwińska-Psiuk K., *Komunikacja z osobami z zaburzeniami i problemami natury psychicznej*, [w:] pod red. M. Cyrklaff-Gorczyca, Jak komunikować się z osobami z niepełnosprawnościami i problemami natury psychicznej Poradnik dla pracowników Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń 2020.

Czaderny K., *Czynniki ryzyka depresji. O nowych przestankach na temat znaczenia niedoborów selenu*, Psychiatria Polska 2020; 54(6), s. 1110.

Fundacja Integralia, *Dobre praktyki w obsłudze klientów z niepełnosprawnościami*, https://www.integralia.pl/wpcontent/uploads/2017/12/Zmie%C5%84Perspektyw%C4%99_obs%C5%82uga-klienta.pdf, dostęp [25.10.2023].

Góralczyk E., *One są wśród nas. Dziecko z zaburzeniami odżywiania w szkole i przedszkolu*, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, Warszawa 2010.

Grunt-Mejer K., *Seksualność człowieka - czym jest, jak o nią dbać, co jest normą?*, <https://swps.pl/centrum-prasowe/informacje-prasowe/33381-seksualnosc-czlowieka>, [29.10.2023].

International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-10, Volume I, World Health Organization 2009, p. 234-235.

Kręglewska K., *Profilaktyka zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w Unii Europejskiej a działania podejmowane w Polsce – dobre praktyki i ograniczenia*, Psychiatria Psychologia Kliniczna 2021, 21 (3), s. 189.

Łukaszewska B., *Doświadczenie żałoby przez osoby dorosłe. Formy wsparcia psychologicznego w kontekście opieki paliatywno-hospicyjnej*, Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne 2015, 5, 3, s. 300.

Majcherek J., *Dysforia płciowa u adolescentów i preadolescentów jako wyzwanie pedagogiczne*, *Lubelski Rocznik Pedagogiczny*, T. XLI, z. 2 - 2022, s. 146-147.

Makarinska M., Grzech P., *Używanie substancji psychoaktywnych wśród mieszkańców województwa podkarpackiego*, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Rzeszowie, Rzeszów 2017.

Morawska E., *Radzenie sobie z agresją*, Instytut Amity , <https://amity.pl/wp-content/uploads/2019/01/Radzenie-sobie-z-agresji%C4%85.pdf>, dostęp [30.10.2023].

Mosiątek A., Mamczak D., *Zachowania związane z żywieniem i sposób postrzegania choroby u pacjentek z bulimią - badanie pilotażowe*, *Psychiatria*, tom 15, nr 4, s. 206-207.

Namysłowska I., *Dziecko z zaburzeniami psychotycznymi w szkole. Informacje dla pedagogów i opiekunów*, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2010.

Niemczyk-Zajac A., *Sytuacja osób z zaburzeniami psychicznymi*, ZESZYTY NAUKOWE WSG, t. 39, seria: Edukacja – Rodzina – Społeczeństwo, nr 6 (2021), s. 224-227 za: Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. wyd. Światowa Organizacja Zdrowia, tom I, wydanie 2008, s. 207-257.

Nowak K., *Nasilenie stresu i style radzenia sobie z nim u nauczycieli w epidemii COVID-19*, *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio J, Paedagogia-Psychologia*, 34(3), s. 9.

Opozda D., Parzyszek M. (red.), *Rodzina w sytuacji straty bliskiej osoby*, Wydawnictwo Episteme, Lublin 2017.

Poradnia Psychologiczno - Pedagogiczna w Drezdenku, *Sygnaly ostrzegawcze zachowań samobójczych*, <https://pppdrezdenko.pl/polecane-artykuly/dzial-psychologia/n,sygnaly-ostregawcze-zachowan-samobojczych>, dostęp [30.10.2023].

Półtorak M., *Psychiczne mechanizmy odczuwanego stresu i zadowolenia partnerów ze związku w okresie przyjścia na świat pierwszego dziecka*, Rozprawa doktorska, Warszawa 2013, s. 24, https://depotuw.ceon.pl/bitstream/handle/item/421/praca_dr_mp_oltorak.pdf?sequence=1, dostęp [30.10.2023].

Radko J., *Dysforia płciowa u dzieci i młodzieży. Współczesne koncepcje*, Materiały: Zaburzenia wieku dorastania - spotkanie dla pedagogów, specjalistów i wychowawców, Centrum Edukacji Nauczycieli w Koszalinie, <http://cen.edu.pl/Strona-glowna,1/Zaburzenia-wieku-dorastania-spotkanie-dla-pedagogow-specjalistow-i-wychowawcow,3008.html>, dostęp [25.10.2023].

Rychlik E., *Dieta w leczeniu anoreksji*, Narodowe Centrum Edukacji Żywieniowej, Dieta w leczeniu anoreksji - Narodowe Centrum Edukacji Żywieniowej (pzh.gov.pl), dostęp [29.10.2023].

Serwis Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia, *Jak pomóc sobie i innym w depresji*, <https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/jak-pomoc-sobie-i-innym-w-depresji>, dostęp [29.10.2023].

Spielman R., W. Jenkins, M. Lovett, J. Czarnota-Bojarska, *Psychologia*, OpenStax Poland, Warszawa 2020, <https://assets.openstax.org/oscms-prodcms/media/documents/Psychologia.pdf>, dostęp [29.10.2023].

Stępień A., *Zjawisko agresji w środowisku młodzieży : pojęcie agresji, przemocy oraz ich objawy*, *Pedagogika Rodziny* 5/3, s. 178.

Tracz-Dral J., *Zdrowie psychiczne w Unii Europejskiej. Opracowania tematyczne OT-674*, Kancelaria Senatu, Biuro Analiz, Dokumentacji i Korespondencji, Warszawa 2019.

Wachowiak J., Rudnik M., *Uczeń z zaburzeniami psychicznymi w szkole*, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2020.

Wąś-Zaniuk K., Wieczorek O., Golan A., *Rodzaje orientacji seksualnych. Jak określić swoją orientację seksualną?*, <https://portal.abczdrowie.pl/podzial-orientacji-seksualnych>, dostęp [29.10.2023].

Załużka M., *Opieka zdrowotna i wsparcie społeczne dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Informator dla chorujących, ich rodzin i przyjaciół*, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa 2015.

Zima-Parjaszewska M., Makowiecka K., Abramowska B., Józefowicz B., *Dostosowanie instytucji i usług publicznych do potrzeb osób – z niepełnosprawnością intelektualną – ze spektrum autyzmu – problemami zdrowia psychicznego. Poradnik*, Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną, Warszawa 2020.