Wsparcie studentów z zaburzeniami psychicznymi wyzwaniem dla uczelni wyższych

Anna Dobrychłop
https://orcid.org/0000-0001-5709-9732
Akademia im. Jakuba z Paradyża w Gorzowie Wielkopolskim

https://dx.doi.org/10.18778/8220-475-9.10

Streszczenie
Sytuacja osób z zaburzeniami psychicznymi jest trudniejsza i bardziej złożona od sytuacji osób z innymi typami niepełnosprawności. Postrzegane są przez pryzmat funkcjonujących w społeczeństwie negatywnych stereotypów opisujących tak chorobę, jak i osoby chorujące psychicznie. Powoduje to wiele często nieodwracalnych konsekwencji. Wspieranie studentów z zaburzeniami psychicznymi, ale także tych doświadczających psychicznych kryzysów zdrowia, jest ważnym wyzwaniem, przed jakimi stoją dziś uczelnie wyższe w Polsce. Z jednej strony każda szkoła wyższa ma obowiązek dostosowania formy kształcenia do potrzeb i możliwości studentów z niepełnosprawnościami, z drugiej jednak strony brak konkretnych procedur określających rodzaj, formę i zasady udzielania pomocy w odniesieniu do osób chorujących psychicznie często nie pozwala na podjęcie odpowiednich działań. W efekcie nie ułatwia to likwidacji wielu krzywdzących stereotypów i nadal powoduje społeczne izolowanie chorujących.

Słowa kluczowe
zaburzenia psychiczne, stygmatyzacja, postawy, wykluczenie społeczne.

Support for students with mental disorders a challenge for universities

Abstract
The situation of people with mental disorders is more difficult and more complex than the situation of people with other types of disability. Perceiving them, through the prism of negative stereotypes functioning in society describing the disease, as well as the mentally ill person itself, causes many, often irreversible consequences. Support for students with mental disorders but also those experiencing mental health crises is an important challenge faced by universities in Poland today. On the one hand, each university is required to adapt the form of education to the needs and capabilities of students with disabilities, on the other hand, the lack of specific procedures defining the type, form and principles of providing support in relation to the mentally ill, often does not allow for taking appropriate actions. This reality is not facilitated by the existence of many harmful stereotypes, and as a result social isolation from the mental ill.

Keywords
mental disorders, stigma, attitude, social exclusion.

WSTĘP

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

Przystosowanie się do niełatwej sytuacji osób doświadczających zaburzeń psychicznych może prowadzić do czasowej lub trwałej utraty sprawności działania w różnych obszarach życia i realizowania podstawowych ról społecznych – wykonywania pracy zawodowej, kształcenia, funkcjonowania w rodzinie i grupach rówieśniczych (Brzezińska, Zwolińska 2010). Brak adekwatnej i wystarczającej wiedzy w społeczeństwie na temat specyfiki różnych zaburzeń psychicznych, ich przyczyn oraz wpływu na zachowanie czy ogólne funkcjonowania osoby chorej, mogą utrudniać realizacje podstawowych zadań życiowych. W naturalny sposób niewiedza generuje silny lęk, co w konsekwencji prowadzi albo do unikania lub ograniczania kontaktu z osobami chorującymi psychicznie, albo nasilania się procesów ich marginalizacji (Brzezińska, Zwolińska 2010).

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

STYGMATYZACJA OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI

Stygmatyzacja jest pojęciem pochodzącym od greckiego słowa *stigma* i oznacza znak. Odnosi się do „postawy społecznej dezaprobaty, negatywnego odbioru określonej grupy ludzi ze względu na charakteryzujące tę grupę właściwości fizyczne lub psychiczne, styl życia, system wartości czy inne atrybuty" (Jackowska 2009: 655–656).

Prekursorem koncepcji stygmatyzacji (piętna społecznego) jest Ervinga Goffmana (1963, polskie wydanie 2005). Według niego ludzie mogą być piętnowani z powodu różnych cech oraz posiadanych atrybutów. Z najczęściej pojawiających się rodzajów stygmatów wyróżnia trzy podstawowe. Należą do nich: stygmaty fizyczne, związane na przykład z występowaniem niepełnosprawności czy deformacjami ciała; stygmaty charakteru, o których wnioskuje się na podstawie historii życia (np. pobyt w więzieniu, w szpitalu psychiatrycznym, w ośrodku odwykowym) oraz stygmat plemienny, który odnosi się do przynależności narodowej, rasowej czy religijnej (Goffman 2005).

Goffman (2005), a za nim wielu innych autorów (zob. Czykwin 2007, Szpunar 2009, Świtaj 2009, Chudzicka-Czupała, Gałuszka 2016), pisząc o stygmatyzacji, odwołują się do pojęcia piętna, który charakteryzuje taką właściwość, cechę czy atrybut jednostki, która zawiera wartość dyskryminującą ją w odbiorze społecznym. Czego efektem jest postrzeganie jej i traktowanie jako gorszej, odmiennej czy niepełnowartościowej.

Katalog cech, które mogą być piętnowane, jest bardzo szeroki, a także zmienny w zależności od epoki i kultury społeczeństwa. Określone cechy w konkretnym okresie historycznym czy też w danej kulturze mogą być „grzechem", natomiast w innym czasie czy innej kulturze mogą zostać uznane za „chorobę". Przykładem może być homoseksualizm,

który kiedyś w wielu społeczeństwach uchodził za chorobę (i nadal w niektórych uchodzi), w niektórych religiach za grzech, ale również może być postrzegany jako pewien „styl życia" (jak np. w Stanach Zjednoczonych) (Kudlińska 2011). Tak więc cechy podlegające stygmatyzacji ulegają zmianą. To, co kiedyś było piętnowane (np. rozwody, samotne matki, osoby leworęczne), dziś już tej stygmatyzacji nie podlega. Natomiast pojawiają się także nowe kategorie, które wzbogacają wachlarz cech, budzących negatywne postawy społeczne.

Zdaniem wspomnianego już Goffmana napiętnowanie jednostki ze względu na występowanie jakiejś cechy bądź przynależności do jakiejś grupy stanowi podważenie jej człowieczeństwa, co z kolei może być źródłem powstania różnych form dyskryminacji (Goffman 2005). Autor podkreśla jednak, że ma to związek nie z istnieniem samej cechy (atrybutu), a z językiem relacji, a więc „szczególnym rodzajem relacji między atrybutem a stereotypem" (Goffman 2005: 34). Sam atrybut nie ma mocy dyskryminującej. U jednej posiadającej go jednostki może nie mieć większego znaczenia, podczas gdy u innej będzie źródłem stygmatyzacji. Tak więc Goffman uznaje stygmat jako efekt procesu społecznej konstrukcji. Zwraca jednak uwagę na istnienie pewnych cech, które niemal zawsze, bez względu na kontekst, mają charakter dyskryminujący. Jedną z takich kategorii są zaburzenia psychiczne (Świtaj 2009).

Jednym z bardzo znaczących modeli stygmatyzacji, w odniesieniu zwłaszcza do badań z obszaru chorób psychicznych, jest ujęcie zaproponowane przez Link i Phelan (2001), które zakłada, że stygmatyzacja jest złożonym i wieloetapowym procesem, zawierającym różne przenikające się elementy. Do tych składników należą: *etykietowanie*, które oznacza wyodrębnienie i nazwanie określonych różnic pomiędzy jednostkami (opatrzenie różnic etykietą); *stereotypizacja*, czyli łączenie wyróżnionych kategorii społecznych na podstawie etykiety z niepożądanymi właściwościami, w ramach których występuje negatywny stereotyp; *oddzielenie*, a więc uznanie jednostek, które zostały napiętnowane, za inne i obce; *reakcje emocjonalne*, które są konsekwencja stygmatyzacji, zarówno dla tych, którzy jej dokonują, ale także jej adresatów oraz *utrata statusu*, która związana jest z zachowaniami dyskryminującymi oraz napiętnowaniem, umieszczeniem jednostki na dolnych szczeblach hierarchii społecznej (Link, Phelan 2001).

Te wyżej wymienione elementy – zgodnie z założeniem autorów – muszę pojawiać się w kontekście władzy jednej grupy nad drugą (np. władzy społecznej, ekonomicznej, politycznej) (Link, Phelan 2001). Zgodnie z tematyką niniejszego artykułu w dalszej części tekstu uwaga zostanie poświęcona przede wszystkim dwóm z wyżej wymienionych elementów stygmatyzacji, a mianowicie etykietowaniu i stereotypizacji.

Etykietowanie jest ważnym pojęciem w teoriach naznaczenia społecznego i podobnie jak koncepcja stygmatyzacji Goffmana odnosi się do interakcjonizmu symbolicznego, czyli założeniu, że znaczenie, jakie nadaje się obiektom społecznym, zarówno samym jednostkom, jak i ich działaniom, są konstruowane przez społeczeństwo (Świtaj 2009). Według Scheffa etykietę można określić jako specjalne nazwy, które przydzielane są do osób, które z różnych względów odbiegają od społecznych standardów (Scheff 1999 za: Świtaj 2009). Wspomniani już wcześniej Link i Phelan poddali uwadze cechy etykiet, podkreślając, że nie należy ich traktować jako zamiennika pojęć „znak" czy „atrybut". Etykieta nie jest bowiem cechą jednostki – raczej należy ją postrzegać jako konstrukt społeczny, co

w efekcie może oznaczać, że nie musi być trafna. Etykiety są więc przypisywane społecznie, podczas gdy określone atrybuty osoba po prostu posiada (Link, Phelan 2001).

Podstawą powstania etykiet jest uznanie cech, których dotyczą, za społecznie ważne. Oznacza to, że cechy te nie są istotne same w sobie, lecz społecznie zostają za takie uznane. Atrybuty, które są podane etykietowaniu, zależne są od kultury, okresu historycznego czy kontekstu sytuacyjnego. Są one „żywe" i oczywiste w świadomości społecznej. Ta pozorna oczywistość powoduje uproszczenie w postrzeganiu rzeczywistości. Niewielu bowiem rozważa uwarunkowania funkcjonujących etykiet, co nadaje im dużą wagę (Link, Phlean 2001).

Etykieta „osoby chorej psychicznie" wydaje się spełniać założenia teoretyczne Linka i Phleana. Określenie precyzyjnych i jasnych granic między osobą zdrowa psychicznie a chorą jest niezmiernie trudne, dlatego też etykieta ta nie jest oczywista, ale jest uwarunkowana społecznie. Co więcej, wystarczy niewłaściwa diagnoza, błędna interpretacja jakiegoś zachowania czy sama wizyta w poradni zdrowia psychicznego (albo psychologa) i można otrzymać etykietę „osoby psychicznie chorej". Ponadto w ciągu minionych lat można zauważyć zmiany w klasyfikacji różnych zaburzeń. Dodawane są nowe objawy i schorzenia, które następnie są diagnozowane w populacji (np. ADHD, patologiczny hazard), a inne są z nich wykreślane (np. homoseksualizm) (Świtaj 2009).

Innym ważnym czynnikiem, który wpływa na stygmatyzację osób z zaburzeniami psychicznymi, są stereotypy. W tradycyjnym rozumieniu stereotyp odwołuje się do potencjalnie istniejącego zbioru jakiś atrybutów, które utożsamiane są z konkretną grupą społeczną. Ich związek z piętnowaniem polega na tym, że zakłada się, iż osoby, które są napiętnowane, charakteryzują się określonym zakresem cech, a więc istniejące piętno pociąga za sobą określoną tożsamość społeczną (Dovidio, Major, Crocker 2007). Stereotyp i piętnowanie nie są pojęciami tożsamymi, to drugie może również pojawić się, kiedy nie występują zgodnie podzielane stereotypy (Dovidio i in. 2007).

Co więcej, w przypadku stygmatu charakterystyczne jest emocjonalne naznaczenie, podczas gdy stereotyp odsyła raczej do treści, która stanowi reprezentacje „obcego" czy „innego" (np. chory psychicznie w oczach osoby zdrowej). To właśnie postrzeganie obiektu stereotypu w kontekście społecznej widowni sprawia, że przedmiot stereotypizacji zostaje unieruchomiony (Czykwin 2007).

Odwołując się do teorii psychologicznych, powstawanie stereotypów związane jest ze schematem poznawczym, który określany jest jako uproszczony sposób porządkowania i organizowania wiedzy. Jego efektem jest niedokładny obraz pewnej części rzeczywistości. Gromadzenie informacji w postaci schematów poznawczych, co z jednej strony ułatwia społeczne funkcjonowanie, z drugiej zaś łatwo prowadzi do powstawania stereotypów, w których wszystkim członkom grupy przypisuje się identyczne cechy, nie biorąc pod uwagę istnienia rzeczywistych różnic. Stereotyp społeczny jest obarczony tendencją do zniekształconego i uproszczonego postrzegania grup ludzi, których wyodrębnia się na podstawie ważnych cech związanych z tożsamością społeczną, takich jak: narodowość, rasa, płeć, pochodzenie społeczne, zawód czy cechy fizyczne oraz zachowanie. Jeśli jednostkę, a w odniesieniu do niniejszego artykułu osobę z zaburzeniami psychicznymi, kwalifikuje się do danej grupy i koncentruje uwagę tylko na tej jednej cesze, to trudno

będzie w przyszłości dostrzec inne jej właściwości. W naturalny sposób zostaną one pominięte, nawet jeśli są pozytywne. Zjawisko to nazywane jest negatywnym primingiem, czyli torowaniem (Hamer 2005).

Mówiąc o procesie stereotypizacji, należy odwołać się do „roli, jaką stereotypy grupowe odgrywają w postrzeganiu jednostek kategoryzowanych jako członkowie stereotypizowanej grupy" (Brewer 1999: 208). Zdaniem Brewer (1999), aby mówić o stereotypizacji, muszą zostać spełnione dwie przesłanki. Po pierwsze, muszą istnieć określone przekonania lub umysłowe reprezentacje (schematy poznawcze) jakiejś kategorii społecznej. Po drugie, w sposób świadomy bądź nie konkretna jednostka musi zostać zakwalifikowana do tej wyodrębnionej kategorii. Streotypizacja ma także „większe znaczenie w przypadku społecznie identyfikowalnych grup (np. grup noszących piętna rasowe lub ludzi o określonych wadach charakterologicznych), służąc uzasadnianiu negatywnych postaw wobec grupy i usprawiedliwiania jej dyskryminacji, niż w przypadku osób z bardziej specyficznymi rodzajami piętna, które mogą wywoływać bezpośrednią i łatwiej wytłumaczalną reakcję" (Dovidio i in. 2007: 38).

Biorąc pod uwagę fakt, że stereotyp społeczny jest dziedziczony jako element kultury oraz jest podzielany społecznie a także cechuje go odporność na zmiany, może on prowadzić do powstawania uprzedzeń (Hamer 2005). Uprzedzenie jest natomiast postawą, która zawiera trzy składniki. Pierwszy z nich to komponent afektywny, czyli związany z emocjami, który wyraża typ postawy, na przykład życzliwość czy gniew oraz stopień nasilenia – łagodna niechęć bądź zaciekła wrogość. Drugi to komponent poznawczy, który zawiera elementy poznawcze, takie jak myśli lub przekonania. Ostatnim jest składnik behawioralny, czyli związany z zachowaniami wobec jakiegoś faktu lub osoby. Uprzedzenia z technicznego punktu widzenia zostały podzielone na negatywne i pozytywne, mimo że zjawiska te społecznie postrzegane są jako coś negatywnego (Aronson, Willson, Akert 2006).

To, w jaki sposób osoby chorujące psychicznie uczestniczą w życiu społecznym, uzależnione jest w dużym stopniu od prezentowanych wobec nich postaw. Dążenie do otwartości społeczeństwa na zagadnienia związane z występowaniem różnych zaburzeń psychicznych i ich konsekwencji dla funkcjonowania jednostki mogłoby wpłynąć na poprawę jakości życia tych osób oraz budować postawy akceptacji drugiego człowieka takiego, jakim jest z jego odmiennością. To, jak człowiek postrzega innych ludzi, jakie tworzy sobie o nich wyobrażenia oraz na podstawie czego tworzy wnioski na ich temat, będzie odgrywało duże znaczenia dla życia osób z zaburzeniami psychicznymi oraz na jakość pełnionych przez nich podstawowych ról społecznych czy zawodowych.

POSTRZEGANIE OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI

Działania na rzecz wyrównywania szans studentom z różnym rodzajem niepełnosprawności przyjmują wielorakie formy, aby zminimalizować bariery w dostępie do kształcenia. Jedne dotyczą dostępu architektonicznego, inne związane są z adaptacją materiałów dydaktycznych, a jeszcze inne z zorganizowaniem dodatkowych zajęć czy stworzeniem możliwości odpowiedniego egzekwowania wiadomości przy zachowaniu poziomu wie-

dzy obowiązującego pozostałych studentów. Dla osób z zaburzeniami psychicznymi, poza wyżej wskazanymi obszarami wsparcia, niezbędne wydaje się także oddziaływanie na całe środowisko akademickie w celu kształtowania odpowiednich postaw i dostarczania narzędzi do radzenia sobie z zachowaniami studentów, które wynikają z ich zaburzenia, ale są niezrozumiałe dla pozostałych. Co więcej mogą ono powodować lęk a także zachowania agresywne lub/i prowadzić do stygmatyzowania tej grupy studentów.

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

Występowanie zaburzeń psychicznych należy do dość często występujących problemów w obszarze zdrowia. Wśród tych, którzy poszukują pomocy medycznej, jest około 30% populacji (Chudzicka-Czupała, Biernat 2018). Najczęściej osoby te cierpią na zaburzenia nerwicowe i różne zaburzenia osobowości. Według danych statystyczne rocznie z pomocy placówek zdrowia psychicznego korzysta około 4% ludności naszego kraju (por. Wciórka, Wciórka 2008, Szpunar 2009).

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

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

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

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

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

WYBRANE MECHANIZMY PSYCHOLOGICZNE WYJAŚNIAJĄCE POSTAWY STYGMATYZUJĄCE

Stygmatyzacja, stereotypizacja czy dystansowanie się wobec osób z problemami z obszaru zdrowia psychicznego mają swe źródło w złożonych uwarunkowaniach psychologicznych, które, przenikając się, tworzą splot procesów poznawczych, emocjonalnych, a także zachowań i wpływów zewnętrznych (Jackowska 2009).

Jednymi z podstawowych mechanizmów, które mogą hamować dążenie do kontaktu z osobą chorującą psychicznie, a nawet prowadzić do jej celowego unikania, są te zwią-

zane z doświadczaniem lęku. Lęk przed czymś nowym, nieznanym jest naturalną reakcją człowieka, która pociąga za sobą różne mechanizmy zmierzające do redukcji nieprzyjemnego napięcia emocjonalnego. Potęgowany jest między innymi brakiem wiedzy i doświadczenia w praktycznym funkcjonowaniu z osobami cierpiącymi z powodu różnych problemów psychicznych. W badaniach, zaprezentowanych we wcześniejszej części artykułu (np. Wciórki, Wciórki 2008, Mroczek i in. 2014, Świtaj 2008), aspekt nieprzewidywalności zachowań tych jednostek oraz poczucie zagrożenia w kontakcie z nimi był wskazywany przez znaczną część respondentów. W świetle wyników badań postawa niechęci czy dystansu w kontaktach z chorującymi wydaje się uzasadniona przeżywanym napięciem, lękiem czy dyskomfortem (Jackowska 2009).

Obserwacja drugiego człowieka stanowi dla ludzi źródło informacji (obserwacja zachowań werbalnych, ale również tych niewerbalnych), na którym opierają swoje wyobrażenia. Próbując wyjaśnić, dlaczego inni ludzi są tacy, jacy są, poszukuje się przyczyny ich zachowania a także możliwych konsekwencji. Tym samym odpowiedzi na pytanie: dlaczego? Dlaczego dana osoba zachowuje się/myśli w określony sposób? Drogę dochodzenia do odpowiedzi na takie pytanie może wyjaśnić teoria atrybucji (Aronson i in. 2006).

Za ojca teorii atrybucji uznawany jest Fritz Heider, który w swoich pracach przekonywał, że człowiek nieustannie próbuje dokonywać analiz przyczynowych po to, by zrozumieć świat społeczny. Jednostka ludzka – jako badacz amator – tak długo poszukuje wyjaśnienia konkretnego zachowania, dopasowując dostępne informacje, aż znajdzie wiarygodne wyjaśnienie czy też przyczynę (Zimbardo, Gerring 2009).

Cennym odkryciem Heidera było zwrócenie uwagi na pewną dychotomię, która zachodzi w sytuacji, kiedy ludzie poszukują odpowiedzi na nurtujące ich pytania. Z jednej strony mogą doszukiwać się źródła konkretnego zachowania w sobie samych, we własnych postawach, osobowości czy charakterze (atrybucja wewnętrzna), z drugiej zaś, uznają za przyczynę sytuację zewnętrzną, która nie ma nic wspólnego z osobowością czy postawami danej osoby (atrybucja zewnętrzna) (Zimbardo, Gerring 2009).

Psycholog społeczny Lee Ross zwrócił uwagę na podstawowy błąd atrybucji w sytuacji, kiedy zbyt duże znaczenie człowiek nadaje czynnikom dyspozycyjnym, to znaczy winą i zasługami, a także przyczyny jakiegoś zachowania lub zdarzenia przypisuje ludziom (atrybucja wewnętrzna), a minimalizuje i nie docenia znaczenia czynników sytuacyjnych, uznając, że wina i zasługi leżą w środowisku (atrybucja zewnętrzna) (Ross, Amabile, Steinmetz 1977). Serie eksperymentów prowadzonych w latach 60. XX wieku pokazały, że ludzie mają tendencję do poszukiwania potwierdzeń dla swoich wcześniejszych przeświadczeń. Późniejsze analizy wyjaśniły to jako wynik tendencji do testowania hipotez bardzo selektywnie, skupiając się na jednej możliwości i ignorując alternatywy. W połączeniu z innymi efektami taka strategia wpływa na konkluzje, do jakich ludzie dochodzą. Błąd ten może wynikać z ograniczonych możliwości przetwarzania informacji przez ludzki mózg bądź z ewolucyjnej optymalizacji, gdy szacowane koszty tkwienia w błędzie nie są większe niż koszty analizy prowadzonej w obiektywny, naukowy sposób (Ross i in. 1977).

Dlaczego więc atrybucja ma takie znaczenie w postrzeganiu osób z zaburzeniami psychicznymi? Jak już zostało zauważone, mechanizm ten ma ogromny wpływ na sposób, w jaki ludzie myślą o otaczającym ich świecie, więc również i na to, co myślą o ludziach

chorujących psychicznie. Brak czy ograniczona w znacznym stopniu akceptacja dla „inności" czy „odmienności" drugiego człowieka jest często pochodną nieprawidłowej atrybucji, to znaczy przypisywania przyczyn różnych zachowań tych osób – nie sytuacji zewnętrznej, ale ich chorobie.

Warto zwrócić również uwagę na mechanizm samospełniającej się przepowiedni, który również często wiązany jest ze stereotypami. W mechanizmie tym zwraca się uwagę na specyficzną interakcję między reakcją spostrzegających a zachowaniami osób stereotypizowanych. Jak podkreślają Jussim i Fleming (1999), aby mówić o zjawisku samospełniającej się przepowiedni, muszą zaistnieć określone etapy. Po pierwsze, powstają błędne oczekiwania spostrzegających. Następnie te zniekształcone oczekiwania spostrzegających wpływają na ich sposób zachowania się względem osób spostrzeganych. Na koniec osoby spostrzegane w konsekwencji konkretnego ich traktowania zachowują się w sposób, który potwierdza oczekiwania spostrzegających (Jussim, Fleming 1999).

Mechanizm ten wiąże się więc z szukaniem potwierdzenia przez obserwatora jego własnych założeń dotyczących innej jednostki (lub grupy) bez względu na faktyczny stan rzeczy, a jedynie odnosząc się do własnych oczekiwań względem tej osoby (czy grupy). W pewnym sensie więc osoba spostrzegająca tworzy sytuacje, poprzez które wymusza takie zachowania, które potwierdzą jej założoną ocenę (Reber, Reber 2005).

Jeśli więc osobę z zaburzeniami psychicznymi postrzega się jako niebezpieczną, agresywną czy nieprzewidywalną, może to prowokować takie zachowania obserwatora względem spostrzeganej chorej jednostki, które w konsekwencji wywołają reakcję zgodną z tą oczekiwaną (Jackowska 2009). Również wspomniani wcześniej Jussim i Fleming zwracają uwagę, że sama diagnoza psychiatryczna może stanowić zaszufladkowanie i etykietowanie człowieka. W przypadku nawet tych samych chorób (np. schizofrenii czy manii) występują różnice w przebiegu czy intensywności objawów, a zakwalifikowanie jednostki do któreś z nich często powoduje pominięcie tych indywidualnych różnic (Jussim, Fleming 1999). Rozpoznanie choroby psychicznej nierzadko prowadzi do dostosowania się chorującego do stereotypowych, opartych na diagnozie oczekiwań otoczenia. Niektóre osoby tak silnie identyfikują sią z przypisaną przez postawioną diagnozę rolą chorego, że w pewnym sensie robią wszystko, aby potwierdzić rozpoznanie (Świtaj 2009).

Jeszcze inny mechanizm, który może stanowić źródło negatywnych postaw wobec osób z problemami natury psychicznej, w psychologii określany jest jako dysonans poznawczy (zob. Aronson i in. 1997, Wojciszke 2003). Mechanizm ten charakteryzuje się pojawieniem nieprzyjemnego dyskomfortu czy napięcia, w sytuacji której jednostka konfrontuje się z pewnego rodzaju sprzecznością, a niepodjęcie próby jej rozwiązania jest zagrażające dla obrazu własnej osoby (Jackowska 2009). Większość ludzi posiada potrzebę uważania się za osobę moralną, dobrą, inteligentną, koleżeńską, godną zaufanie, otwartą, tolerancyjną, pomocną, a więc kiedy do takiej osoby dochodzi informacja, że zachowała się nierozsądnie, niekoleżeńsko czy też głupio, doświadcza silnego dyskomfortu. Nikt bowiem nie chce myśleć o sobie źle (Zimbardo, Gerring 2009).

Przyczyną dysonansu jest wiec rozbieżność między tym, co jednostka myśli o sobie, z tym, w jaki sposób się zachowała. Pojawienie się nieprzyjemnego napięcia budzi potrzebę jego redukcji (analogicznie można to przyrównać do uczucia głodu, który jest stanem

nieprzyjemnym i człowiek próbuje na różne znane mu sposoby i możliwości ów głód zaspokoić). Niestety zmniejszenie dysonansu poznawczego jest trudniejsze i bardziej skomplikowane niż zaspokojenie głodu. Wyróżnia się trzy sposoby: 1) zmienić zachowanie, tak aby dopasować je do czynników poznawczych; 2) usprawiedliwić zachowanie przez zmianę tych elementów poznawczych, które przeszkadzają; 3) usprawiedliwić zachowanie przez dodanie nowego elementu (Zimbardo, Gerring 2009).

Kontakt z osobami z zaburzeniami psychicznymi, których zachowanie czy sposób bycia może wykraczać poza ogólnie przyjęte normy, może powodować dyskomfort czy nawet poczucie zagrożenia. Chcąc jednak zminimalizować to nieprzyjemne uczucie, konieczne jest zastosowanie jednego ze sposobów zredukowania dysonansu. Jeśli jednostka wybierze pierwszy, to postara się mimo niejasności i pewnej kłopotliwości sytuacji zrozumieć zachowanie osoby chorej. Wybierając natomiast któryś z dwóch pozostałych sposobów odwoła się do istniejących stereotypów, uprzedzając się wobec tej grupy i ją marginalizując.

STUDENCI Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI – WYZWANIA I SZANSE W KONTEKŚCIE FUNKCJONOWANIA W ŚRODOWISKU AKADEMICKIM

Zmiany i przeobrażania, jakie miały i mają miejsce w naszym kraju, już od wielu lat wyzwalają ogrom pytań i równie wiele prób odpowiedzi. Zainteresowanie jakością i efektywnością kształcenia na poziomie wyższym jest obecne w kręgu osób odpowiedzialnych za oświatę, jak i wśród jej bezpośrednich „użytkowników", jakimi są zarówno studenci, jak i pracownicy uczelni. Okres systemowo-ustrojowego przełomu w Polsce zaowocował wieloma nowymi możliwościami, ale także odkrył słabości podejmowanych (bądź zaniechanych) działań. Niewątpliwie ważnym elementem zmian, jakie nastąpiły, jest powszechny dostęp do edukacji na poziomie wyższym dla osób z różnym rodzajem niepełnosprawności. Studenci z niepełnosprawnością stanowią nie tylko ilościowe, ale i jakościowe bogactwo uczelni. Ich obecność jest w pewnym sensie znakiem przełamywanych barier w dostępie do kształcenia. Nie ulega wątpliwości, że obecność osób z niepełnosprawnością na uczelni wiąże się także z pewnym obiektywnym wyzwaniem. To wyzwanie nie może być jednak rozumiana jako kłopot, który należy wyeliminować, zmarginalizować czy też na jego obecność „przymknąć oko". Wyzwanie, przed jakim stoi uczelnia, wywołuje potrzebę zaangażowania, a więc w konsekwencji aktywności i uruchomienia pozytywnych pokładów nowej energii, która nie zostałby uwolniona, gdyby nie pojawiła się ta nowa, konkretna potrzeba.

Działania na rzecz wyrównywania szans studentom z różnym rodzajem niepełnosprawności powinny z jednej strony zminimalizować bariery, te zarówno architektoniczne, jak i społeczne, z drugiej zaś zachować poziom kształcenia obowiązujący innych studentów. Powszechny dostęp do edukacji to także powszechność coraz lepszego uświadamiania sobie, jakie postawy powinny przyjmować osoby zdrowe względem osób z różnym rodzajem niepełnosprawności. Poza wiedzą teoretyczną, intuicją, potrzebne jest także coraz powszechniejsze i coraz regularniejsze podejmowanie inicjatyw na rzecz

szerzenia wiedzy na temat funkcjonowania osób z różnym rodzajem niepełnosprawności, a jak pokażą zaprezentowane poniżej wyniki badań, zwłaszcza w odniesieniu do osób ciepiących z powodu zaburzeń psychicznych. Wyzwanie to dotyczy wszystkich, którzy są obecni na uczelni, od pracowników dydaktycznych, przez pracowników administracyjnych i skończywszy na studentach.

W przeprowadzonym badaniu wzięli udział pracownicy i studenci Akademii im. Jakuba z Paradyża w Gorzowie Wielkopolskim, w tym 30 pracowników dydaktycznych, 20 pracowników administracyjnych, 20 studentów z niepełnosprawnością i 20 studentów bez niepełnosprawności. W badaniu wzięło udział łącznie 90 osób.

Celem przeprowadzonego badania było określenie opinii respondentów na temat funkcjonowania studentów z niepełnosprawnościami w środowisku akademickim. W związku z tym, wyróżniono następujące problemy badawcze:

- Jak badani pracownicy i studenci oceniają różne formy wsparcia dla studentów z niepełnosprawnościami realizowane przez AJP?
- Jakie są największe bariery w pracy ze studentami z niepełnosprawnościami?
- Jakie są największe bariery w funkcjonowanie w grupie studenckiej z osobą z niepełnosprawnościami?
- Jakie, według badanych, powinny zostać wprowadzone rozwiązania przez AJP, aby zwiększyć dostępność uczelni dla osób z niepełnosprawnościami?

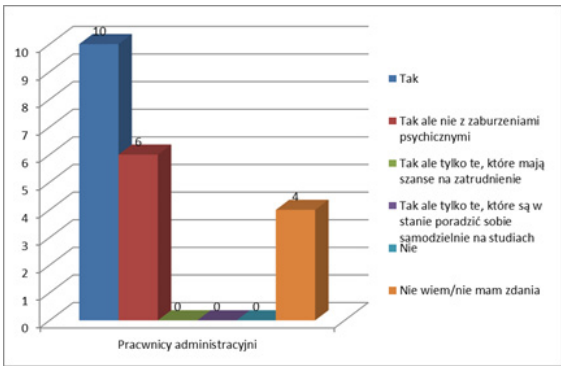
Biorąc pod uwagę wyżej wymienione problemy celem przeprowadzonego badania nie było określenie postaw społeczności akademickiej w stosunku do studentów cierpiących z powodu zaburzeń psychicznych. Analiza wyników badania pozwoliła jednak zwrócić uwagę na fakt, że studenci chorujący psychicznie wśród pracowników uczelni, jak i studentów, traktowani są jako osobna kategoria niepełnosprawności.

Reasumując, mimo iż badanie w swym pierwotnym założeniu nie miało na celu badania tego, jak postrzegane są osoby z zaburzeniami psychicznymi, to uzyskane wyniki analiz pokazały pewien ważny obszar, które należałby dokładnie przeanalizować. Prezentowane badania mają więc charakter wstępnych eksploracji, które będą kontynuowane z wykorzystaniem zaawansowanych metod analizy statystycznej oraz poszerzane na inne grupy badawcze.

Dobór respondentów do grupy badawczej dokonany został nielosową techniką kuli śnieżnej, gdzie każdy ankietowany wybrany z każdego wydziału, zarówno pracownik, jak i student, rekrutował kolejne osoby do badania. Z pewnością metoda ta nie jest idealnym sposobem doboru próby badawczej, gdyż badacz ma nad nią małą kontrolę, a reprezentatywność grupy może być trudna do weryfikacji. Dlatego wnioski z badania mają pokazać pewne tendencje, a nie potwierdzony stan rzeczywistości. Niektóre pytania zawarte w badaniu różniły się w zależności, czy były kierowane do studentów, czy pracowników uczelni. Poza tym na potrzeby niniejszego artykułu zostanie analiza odpowiedzi na te pytania, które są ważne ze względu na temat niniejszej pracy.

Jedno z pytań poddanych ocenie zarówno przez pracowników uczelni, jak i studentów, brzmiało: Czy osoby z niepełnosprawnością powinny mieć dostęp do kształcenia na poziomie wyższym? Uzyskane wyniki prezentują trzy kolejne wykresy.

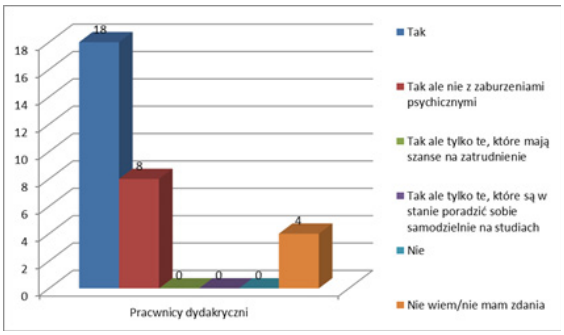
Rysunek 1. Dostęp do kształcenia na poziomie wyższym dla osób z niepełnosprawnościami w opinii pracowników administracyjnych AJP



Źródło: opracowanie własne.

Połowa pracowników administracyjnych jest zdania, że osoby z niepełnosprawnością powinny mieć dostęp do kształcenia na poziomie wyższym, natomiast 30% uważa, że uczelnie powinny być otwarte dla studentów z niepełnosprawnością, ale nie tych cierpiących na zaburzenia psychiczne. Część kadry administracyjnej jest przekonana zatem, że choroby psychicznie różnią się od innych dysfunkcji i jednostki na nie cierpiące nie powinny znaleźć się w gronie społeczności akademickiej.

Rysunek 2. Dostęp do kształcenia na poziomie wyższym dla osób z niepełnosprawnościami w opinii pracowników dydaktycznych AJP



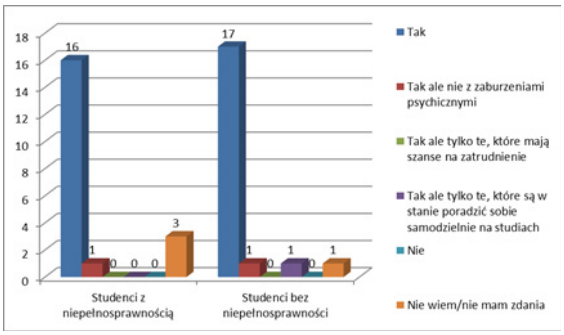
Źródło: opracowanie własne.

W grupie pracowników dydaktycznych sytuacja wygląda bardzo podobnie. Tym razem 60% ankietowanych jest przekonana, że osoby z niepełnosprawnością powinny mieć dostęp do kształcenia na poziomie wyższym, ale 26,6% respondentów w tej grupie odmawia takiego prawa osobom z zaburzeniami psychicznymi. Po raz kolejny można za-

uważyć, że zaburzenia psychiczne dla dużej części pracowników uczelni stanową większy problem niż osoby z innym rodzajem niepełnosprawności.

Wyniki w grupie studentów z niepełnosprawnością, jak i tych bez niepełnosprawności, różnią się od tych uzyskanych przez pracowników.

Rysunek 3. Dostęp do kształcenia na poziomie wyższym dla osób z niepełnosprawnościami w opinii studentów AJP z niepełnosprawnością i bez niepełnosprawności

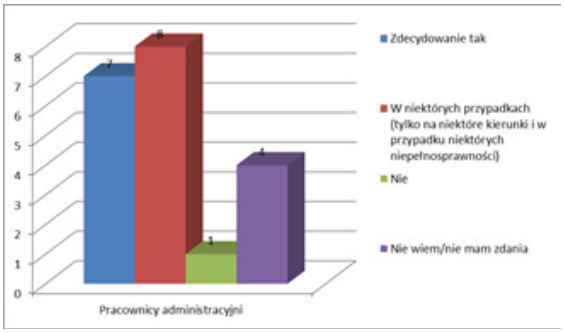


Źródło: opracowanie własne.

Wykresy prezentujące odpowiedzi w każdej z dwóch grup wskazują jednoznacznie, że dla zdecydowanej większości studentów fakt istnienia zaburzeń psychicznych nie stanowi bariery w dostępie do kształcenia na poziomie wyższym.

Choć kolejne poddane analizie pytanie nie odwoływało się do zaburzeń psychicznych, znaczna część badanych właśnie do tego rodzaju niepełnosprawności się odniosła, dopisując do pytania zamkniętego własne sugestie. Pytanie dotyczyło tego, czy według badanych kandydaci na studia, będący osobami niepełnosprawnymi, powinni przechodzić dodatkową weryfikację dotyczącą możliwości ukończenia przez nich wybranego kierunku studiów. Jedna z odpowiedzi brzmiała: w niektórych przypadkach (tylko na niektóre kierunki i w przypadku niektórych niepełnosprawności). Przy tej właśnie odpowiedzi badani pracownicy (tu należy zaznaczyć, że tylko pracownicy) dopisywali uwagi świadczące o tym, że weryfikacji takiej powinni podlegać kandydaci z zaburzeniami psychicznymi, zwłaszcza na kierunki nauczycielskie.

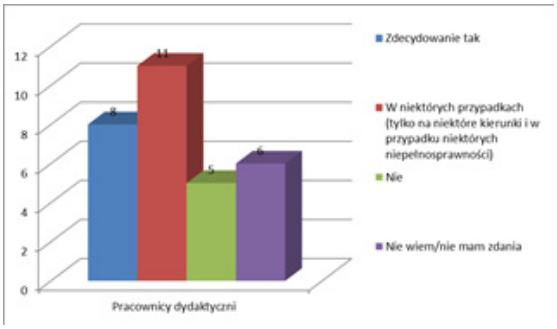
Rysunek 4. Potrzeba dodatkowej weryfikacji kandydatów na studia, będących osobami z niepełnosprawnością, dotyczącą możliwości ukończenia przez nich wybranego kierunku studiów w opinii pracowników administracyjnych



Źródło: opracowanie własne.

W grupie badanych pracowników administracyjnych więcej jest tych, którzy są przekonani, że w niektórych przypadkach taka weryfikacja kandydatów z niepełnosprawnością jest potrzeba i tyko jedna osoba w tej grupie wskazała tę odpowiedź nie dopisując swojej sugestii, dotyczącej tego, że weryfikacja taka powinna być realizowana w przypadku osób cierpiących na zaburzenia psychiczne lub gdyby te właśnie osoby chciały studiować kierunki nauczycielskie. Warto tu również zaznaczyć, że 35% badanych jest przekonana, że takiej dodatkowej analizie powinien podlegać każdy kandydat z niepełnosprawnością. Widać zatem bardzo wyraźnie, że ankietowani traktują zaburzenia psychicznie odrębnie od innych niepełnosprawności.

Rysunek 5. Potrzeba dodatkowej weryfikacji kandydatów na studia, będących osobami z niepełnosprawnością, dotyczącą możliwości ukończenia przez nich wybranego kierunku studiów w opinii pracowników dydaktycznych

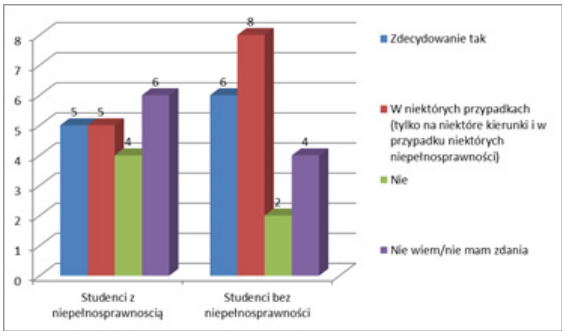


Źródło: opracowanie własne.

W grupie pracowników dydaktycznych również zdecydowana większość uważa, że kandydaci, będący osobami z niepełnosprawnością, powinny przechodzić dodatkową weryfikacje. Również wśród tych badanych pojawiły się dopiski na kwestionariuszach, sugerujące, że tego typu dodatkowym działaniom powinny podlegać osoby chorujące psychicznie.

Wśród badanych studentów, zarówno tych z niepełnosprawnością, jak i tych bez niepełnosprawności, wyniki były bardziej rozłożone, i co ważne – w przypadku tej grupy ankietowanych nie pojawiły się dodatkowe uwagi zapisane na kwestionariuszach. W związku z tym nie wiadomo, czy te badane grupy, wskazując na konieczność dodatkowej weryfikacji, miały na myśli jakąś konkretna niepełnosprawność.

Rysunek 6. Potrzeba dodatkowej weryfikacji kandydatów na studia, będących osobami z niepełnosprawnością, dotyczącą możliwości ukończenia przez nich wybranego kierunku studiów w opinii studentów z niepełnosprawnością i bez niepełnosprawności.

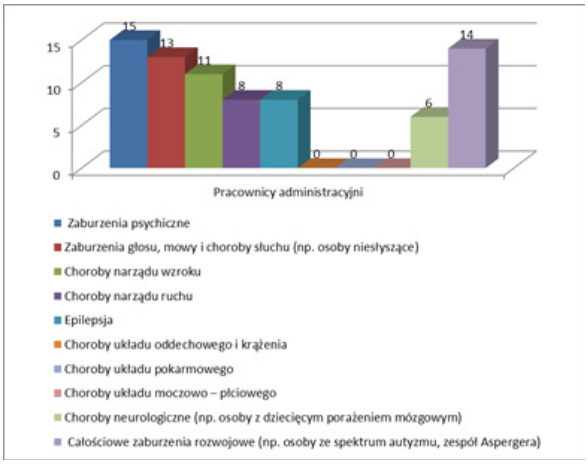


Źródło: opracowanie własne.

Nieco zaskakujący może być fakt, że studenci z niepełnosprawnością w 50% zadeklarowali potrzebę podejmowania dodatkowych działań w przypadku kandydatów będących osobami z niepełnosprawnością, Może wyniki te związane są z subiektywną potrzeba ankietowanych do skonsultowanie swojego wyboru kierunku studiów, by już na etapie rekrutacji mieć możliwość zapoznania się z wymogami i w konsekwencji własnymi możliwościami studiowania. Wśród studentów bez niepełnosprawności jeszcze więcej respondentów jest przekonana, że kandydaci z niepełnosprawnością powinni przechodzić dodatkową weryfikację w procesie rekrutacji (70%). Może jednak nie należy w tym miejscu doszukiwać się postaw dyskryminacyjnych ze strony studentów, a raczej ich przekonanie o potrzebie zapewnienia jak najlepszego wsparcia dla osób z niepełnosprawnością przy wyborze kierunku studiów, ale również i uczelni, która zapewni najlepsze warunki i dostosowanie formy kształcenia do potrzeb i możliwości studentów z różnym rodzajem niepełnosprawności.

W odpowiedzi na inne pytanie pracownicy administracyjni oraz dydaktyczni mogli określić, studenci z jakim rodzajem niepełnosprawności sprawiają im najwięcej trudności w pracy. Badani pracownicy uczelni mogli wskazać dowolną liczbę odpowiedzi. Uzyskane wyniki prezentowane są na dwóch kolejnych wykresach.

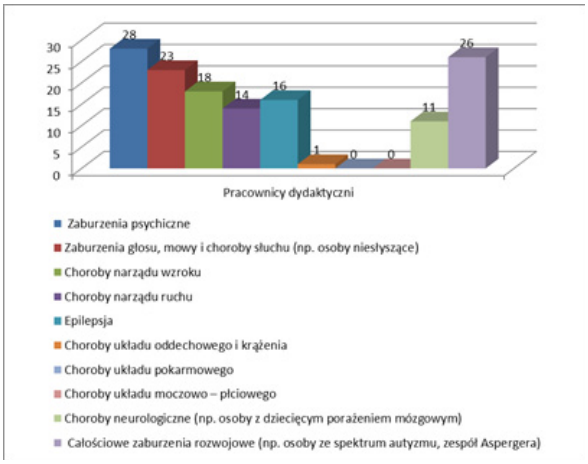
Rysunek 7. Rodzaj niepełnosprawności, który sprawia najwięcej trudności w pracy w opinii pracowników administracyjnych AJP



Źródło: opracowanie własne.

Ze wszystkich wymienionych niepełnosprawności dla 75% pracowników administracyjnych największą trudność sprawiają studenci z zaburzeniami psychicznymi. Nieco mniej, bo 70% ankietowanych, wskazało na całościowe zaburzenia rozwojowe i 65% na niepełnosprawność związaną z zaburzeniem głosu, mowy i choroby słuchu.

Rysunek 8. Rodzaj niepełnosprawności, który sprawia najwięcej trudności w pracy w opinii pracowników dydaktycznych AJP



Źródło: opracowanie własne.

Dokładnie taką samą tendencje rozkładu wyników można zaobserwować u pracowników dydaktycznych. Jednak wśród tej grupy na trudności w pracy ze studentami z zaburzeniami psychicznymi wskazało aż 93,3% respondentów. Więcej było również tych, którzy jako trudną oceniają pracę z osobami z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi i zaburzeniami głosu, mowy i choroby słuchu (76,6%).

Pracownicy administracyjni, jak i dydaktyczni, najwięcej trudności doświadczają w pracy z osobą, z którą utrudniona jest komunikacja. Zarówno studenci z problemami mowy, słuchu, z zaburzeniami ze spektrum autyzmu czy również z zaburzeniami psychicznymi, często mają problemy w funkcjonowaniu społecznym i komunikacja z nimi przebiega inaczej niż w przypadku innych osób. Poza tym w społeczeństwie panuje nadal duża niewiedza na temat różnych rodzajów niepełnosprawności, a zwłaszcza na temat tych wyżej wspomnianych. Jak wskazują badania, jednym z ważniejszych czynników warunkujących pozytywne postawy wobec niepełnosprawności jest wiedza na jej temat (Mroczek i in. 2014, Kochański, Cechnicki 2017).

Dodatkowym czynnikiem kształtującym taki stan rzecz może być fakt przeobrażań, jakie nastąpiły w obszarze dostępności uczelni wyższych dla osób z różnym rodzajem niepełnosprawności. W minionych latach coraz więcej osób, będących osobami z niepełnosprawnością, podejmuje studia i z sukcesem je kończy (Sochańska-Kawiecka i in. 2017). Uczelnie przez te lata opracowały katalogi wsparcia, aby niwelować bariery w dostępie do kształcenia na poziomie wyższym. W konsekwencji coraz więcej osób z coraz głębszymi niepełnosprawnościami może dziś spróbować swoich sił na studiach. Można zaobserwować, że na uczelniach wyższych pojawia się dziś coraz więcej studentów właśnie z zaburzeniami psychicznymi czy ze spektrum autyzmu, którzy kiedyś nie dostaliby takiej szansy, Sytuacja ta rodzi jednak potrzebę rozwoju nowych form i systemów wsparcia studentów, ale także i pracowników, aby wyposażyć ich w umiejętności sprostania nowym wyzwaniom.

Zaprezentowane wyżej wyniki mogą być więc konsekwencją niedostatecznego przygotowania uczelni na nowe wyzwania, które pojawiły się wraz z nowymi studentami, którzy wymagają zupełnie innego wsparcia niż studenci poruszający się na wózkach, niewidomi czy z innymi wcześniej występującymi schorzeniami.

Jedno z pytań umożliwiało także wpisanie pracownikom uczelni własnych sugestii dotyczących tego, co sprawia im najwięcej trudności w dostosowaniu kształcenia do osób z niepełnosprawnością. Uwagi, jakie pojawiły się najczęściej, dotyczyły:

- braku informacji o potrzebie dostosowania,
- braku wiedzy na temat możliwości dostosowania,
- braku wiedzy, jak rozmawiać i pracować ze studentami z zaburzeniami psychicznymi,
- potrzeby poświęcania zbyt dużej ilości czasu dla studentów z niepełnosprawnościami,
- strachu przez studentami z zaburzeniami psychicznymi (nie wiadomo, czego się można po nich spodziewać),
- roszczeniowej postawy studentów,
- zgłaszania potrzeby dostosowania „na ostatnią chwilę".

Te wyżej wymienione obawy, zarówno pracowników dydaktycznych, jak i administracyjnych, po raz kolejny wskazują, że zaburzenia psychiczne są przez nich traktowane jako odrębna kategoria niepełnosprawności. W swoich wypowiedziach badani odnoszą się ogólnie do studentów z niepełnosprawnością, twierdząc, że potrafią prezentować postawę roszczeniową, że swoje potrzeby zgłaszają zbyt późno czy też, że praca z nimi wymaga więcej czasu. Jednak tylko osoby cierpiące na zaburzenia psychiczne zostały wskazane dodatkowo, wyodrębnione z ogólnej kategorii, jaką są studenci z niepełnosprawnością. Sytuacja taka nie miała miejsca w odniesieniu do żadnego innego rodzaju niepełnosprawności.

Badanie, jakie zostało przeprowadzone, w swojej intencji nie miało na celu analizy sytuacji studentów z zaburzeniami psychicznymi czy problemów w związku z ich obecnością na uczelni. Było one próbą zdiagnozowania potrzeb studentów i pracowników uczelni wobec studiujących z różnym rodzajem niepełnosprawności bez wyodrębniania określonej dysfunkcji. Analiza ta miał wskazać obszary do pracy, w celu poprawy jakości i warunków kształcenia, zarówno dla pracowników i studentów, ale także dla funkcjonowania całej uczelni. Odkryty jednak został ważny aspekt nierównego traktowania osób z różnym rodzajem niepełnosprawności. W związku z tym postanawiono dokonać dodatkowej analizy, skupiając się wyłącznie na stosunku środowiska akademickiego do osób chorujących psychicznie. Badanie to stanowi wstępną próbę analizy omawianego obszaru, stanowiącą ważną wskazówkę do dalszych, bardziej zaawansowanych poszukiwań badawczych.

SPOŁECZNY DYSTANS WOBEC OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI

Do kolejnego badania wykorzystany został kwestionariusz skonstruowany na podstawie ankiety Bogny i Jacka Wciórków (Wciórka, Wciórka 2002, Wciórka, Wciórka 2008), przygotowanej przez nich do badań CBOS „Choroby psychiczne – społeczny stereotyp i dystans".

W badaniu wzięli powtórnie udział ci sami studenci i pracownicy. Jednak dobrano do nich kolejne osoby również za pomocą techniki kuli śnieżnej. Autor zdaje sobie sprawę słabości tego doboru próby badawczej, dlatego podobnie jak poprzednio analizy te są pokazaniem pewnej tendencji badanego środowiska. Tym razem w badaniu wzięło udział 180 ankietowanych, w tym 50 studentów z niepełnosprawnościami, 50 studentów bez niepełnosprawności, 50 pracowników dydaktycznych oraz 30 pracowników administracyjnych.

Założeniem przeprowadzanej analizy było określenie dystansu społecznego wobec osób chorujących psychicznie, którego istnienie może prowadzić do wielu niekorzystnych i bolesnych konsekwencji dla tej właśnie grupy z niepełnosprawnością (Kochański, Cechnicki 2017). Często dodatkowym czynnikiem izolacji tych osób jest także ich własne wycofywanie się z życia społecznego w wyniku uruchomienia wielu procesów psychologicznych, które marginalizują ich obecność w świecie. Do pomiaru tego obszaru wykorzystano pytania odwołujące się do wyobraźni respondentów, którzy mieli ocenić

możliwość pełnienia przez osoby, które chorowały psychicznie, określonych ról społecznych. Swoje zdanie mogli wyrazić od całkowitego przyzwolenia na pełnienia danej roli do absolutnego sprzeciwu. Oczywiście, jak się okazało, poziom akceptacji oraz sprzeciwu był zależny od ocenianego rodzaju roli, jaką miałaby pełnić osoba w przeszłości chorująca psychicznie.

Wyniki zostały przedstawione w dwóch tabelach: pierwsza dotyczy pracowników, natomiast druga studentów. Obok wyników uzyskanych w poszczególnej grupie zostały również podane te, które otrzymano z badań populacji w opublikowanym raporcie CBOS (Wciórka, Wciórka 2008). Warto zauważyć, że w prezentowanym badaniu pozbawiono ankietowanych możliwości udzielenia odpowiedzi „trudno powiedzieć", zmuszając ich tym samym do określenia swojego zdania.

W odniesieniu do 6 z 14 poddanych ocenie ról badani pracownicy uczelni wyrazili swój zdecydowany sprzeciw (9 z 14 w populacji ogólnej). Respondenci wyrazili największy opór wobec sytuacji, w której osoba chorująca psychicznie miałaby być opiekunem ich dziecka (83% vs 81% w populacji ogólnej); następnie nauczycielem dziecka (80% vs 76%), lekarzem (70% vs 69%), ich nauczycielem (70% vs 54%). Trochę ponad połowa badanych nie chciałby, aby ktoś, kto ma problemy psychiczne, był ich zięciem czy synową (57,5% vs 54%) a także ich kolegą/koleżanką z grupy klasowej/studenckiej, co zdecydowanie pokazuje postawę większego dystansu badanej grupy do chorych niż to jest w populacji ogólnej (55% vs 14%). W stosunku do pozostałych 8 ról ankietowani nie mieliby nic przeciwko, aby osoba z zaburzeniami psychicznymi je pełniła.

Stosunek badanych pracowników do osób chorujących psychicznie w przypadku 4 ról okazał się zdecydowanie bardziej przychylny niż w populacji ogólnej. Tak więc badani pracownicy częściej niż w ogólnej populacji nie sprzeciwialiby się, gdyby chorujący psychicznie był burmistrzem/wójtem (60% vs 23%), posłem/posłanką (70% vs 26%), proboszczem w parafii (82% vs 34%), czy, co może być trochę zaskakujące, szefem/szefową w pracy (56,25% vs 37%). Wygląda na to, że badani pracownicy z mniejszym sprzeciwem patrzą na te role, gdy sami lub ktoś z ich najbliższych nie musi z osobami chorymi psychicznie być w częstym i osobistym kontakcie.

Tabela 1. Poziom akceptacji pracowników administracyjnych i dydaktycznych dla pełnienia przez osoby, które chorowały psychicznie, określonych ról społecznych

Jak zareagowałaby Pani/zareagowałby Pan, gdyby okazało się, że osoba, która kiedyś chorowała psychicznie i leczyła się w szpitalu psychiatrycznym, ma zostać:	**Zdecydowanie nie miał(a)bym zastrzeżeń**	**Raczej nie miał(a)bym zastrzeżeń**	**Był(a)bym raczej przeciwko temu**	**Był(a)bym zdecydowanie przeciwko temu**	**Ogółem**
	Pracownicy administracyjni i dydaktyczni				
	Liczba (%) vs (%) pop. ogólna				
a. Opiekunem/ opiekunką Pani/ Pana dziecka?	3 (3,75%) vs 3%	10 (12,5%) vs 8%	37 (46,25%) vs 38%	30 (37,5%) vs 43%	80 (100%)
b. Nauczycielem/ nauczycielką Pani/ Pana dziecka?	3 (3,75%) vs 3%	13 (16,25%) vs 13%	30 (37,5%) vs 35%	34 (42,5%) vs 41%	80 (100%)
c. Pani/Pana lekarką/ lekarzem	8 (10%) vs 5%	16 (20%) vs 18%	29 (36,25%) vs 36%	27 (33,75%) vs 33%	80 (100%)
d. Burmistrzem/ wójtem w Pani/ Pana mieście/ gminie?	14 (17,5%) vs 5%	34 (42,5%) vs 18%	22 (27,5%) vs 32%	10 (12,5%) vs 36%	80 (100%)
e. Posłem/posłanką w Pani/ Pana okręgu	17 (21,25%) vs 5%	39 (48,75%) vs 21%	15 (18,75%) vs 31%	9 (11,25%) vs 34%	80 (100%)
f. Pani/Pana synową lub zięciem?	12 (15%) vs 6%	22 (27,5%) vs 25%	28 (35%) vs 34%	18 (22,5%) vs 20%	80 (100%)
g. Proboszczem w Pani/ Pana parafii	27 (33,75%) vs 7%	39 (48,75%) vs 27%	10 (12,5%) vs 30%	4 (5%) vs 24%	80 (100%)
h. Pani/Pana nauczycielką/ nauczycielem	6 (7,5%) vs 8%	18 (22,5%) vs 27%	33 (41,25%) vs 36%	23 (28,75%) vs 18%	80 (100%)
i. Pani/Pana szefową/ szefem w pracy?	12 (15%) vs 10%	33 (41,25%) vs 27%	27 (33,75%) vs 36%	8 (10%) vs 15%	80 (100%)

j. Pani/Pana współlokatorką/ współlokatorem na wczasach?	16 (20%) vs 14%	39 (48,75%) vs 39%	18 (22,5%) vs 25%	7 (8,75%) vs 11%	80 (100%)
k. Pani/Pana bliskim współpracowniczką/ współpracownikiem?	18 (22,5%) vs 17%	41 (51,25%) vs 50%	18 (22,5%) vs 21%	3 (3,75%) vs 3%	80 (100%)
l. Niespodziewanym gościem na Pani/ Pana przyjęciu?	22 (27,5%) vs 18%	39 (48,75%) vs 48%	13 (16,25%) vs 16%	6 (7,5%) vs 6%	80 (100%)
m. Pani/Pana kolegą/ koleżanką w klasie, w grupie studenckiej	12 (13,75%) vs 20%	25 (31,25%) vs 53%	32 (40%) vs 12%	12 (15%) vs 2%	80 (100%)
n. Pani/Pana najbliższym sąsiadem/sąsiadką?	23 (28,75%) vs 27%	44 (55%) vs 54%	11 (13,75%) vs 12%	2 (2,5%) vs 1%	80 (100%)

Źródło: opracowanie własne.

Studenci okazali się mniej przychylni dla osób z zaburzeniami psychicznymi niż pracownicy uczelni. Z 14 ról 8 określili jako te, których nie chcieliby, aby pełniły osoby z doświadczeniem leczenia psychiatrycznego. Wyniki studentów w tym odniesieniu okazały się więc bardziej zbliżone do tych z populacji ogólnej. Najwięcej badanych studentów sprzeciwia się, aby osoba z zaburzeniami psychicznymi była ich nauczycielem (96% vs 70% badanych pracowników, vs 54% w populacji ogólnej). Zarówno badani studenci, jak i pracownicy, są mniej wyrozumiali dla pełnienia tej roli w przypadku osób chorujących psychicznie niż w ogólnej populacji. Ponadto w tej grupie nie ma zgody, aby osoby z zaburzeniami były nauczycielem ich dziecka (95% vs 76% w populacji ogólnej), opiekunem ich dziecka (91% vs 81%), szefową (80% vs 51%), kolegą/koleżanką z grupy klasowej/ studenckiej (76% vs 14%). Tu ponownie widać, że również stosunek badanych studentów jest zdecydowanie mniej przychylny do posiadania w grupie kolegi, który leczył się psychiatrycznie, niż w ogólnej populacji, ale także niż w grupie pracowników. Spora część ankietowanych również nie wyobraża takiej osoby w roli własnego zięcia czy synowej (75% vs 54%) oraz lekarza (69% vs 69%). Trochę ponad połowa badanych nie chciałaby, aby ktoś, kto ma problemy psychiczne, był ich współlokatorem na wczasach, co po raz kolejny prezentuje zdecydowanie mniej pozytywny stosunek badanych studentów do osób chorych, zarówno w porównaniu z populacją ogólną, jak i badanymi pracownikami (51% vs 31% pracowników, vs 36% ogólnej populacji).

Ankietowani studenci zaakceptowaliby natomiast osobę z zaburzeniami psychicznymi jako proboszcza w swojej parafii (81% vs 34% ogólnej populacji), niespodziewanego gościa na swoim przyjęciu (78% vs 66%), swojego sąsiada (69% vs 81%), posła/posłankę (67% vs 26%), bliskiego współpracownika (64% vs 67%) oraz burmistrza/wójta (61% vs 23%).

Tabela 2. Poziom akceptacji studentów z niepełnosprawnością i bez niepełnosprawności dla pełnienia przez osoby, które chorowały psychicznie, określonych ról społecznych

Jak zareagowałaby Pani/zareagowałby Pan, gdyby okazało się, że osoba, która kiedyś chorowała psychicznie i leczyła się w szpitalu psychiatrycznym, ma zostać:	**Zdecydowanie nie miał(a)bym zastrzeżeń**	**Raczej nie miał(a)bym zastrzeżeń**	**Był(a)bym raczej przeciwko temu**	**Był(a)bym zdecydowanie przeciwko temu**	**Ogółem**
	Studenci z niepełnosprawnością i bez niepełnosprawności				
	Liczba (%) vs (%) pop. ogólna				
o. Opiekunem/ opiekunką Pani/ Pana dziecka?	1 (1%) vs 3%	8 (8%) vs 8%	40 (40%) vs 38%	51 (51%) vs 43%	100 (100%)
p. Nauczycielem/ nauczycielką Pani/ Pana dziecka?	2 (2%) vs 3%	3 (3%) vs 13%	42 (42%) vs 35%	53 (53%) vs 41%	100 (100%)
q. Pani/Pana lekarką/ lekarzem	6 (6%) vs 5%	25 (25%) vs 18%	37(37%) vs 36%	32 (32%) vs 33%	100 (100%)
r. Burmistrzem/ wójtem w Pani/ Pana mieście/ gminie?	20 (20%) vs 5%	41 (41%) vs 18%	32 (32%) vs 32%	7 (7%) vs 36%	100 (100%)
s. Posłem/posłanką w Pani/ Pana okręgu	23 (23%) vs 5%	44 (44%) vs 21%	23 (23%) vs 31%	10 (10%) vs 34%	100 (100%)
t. Pani/Pana synową lub zięciem?	11 (11%) vs 6%	14 (14%) vs 25%	42 (42%) vs 34%	33 (33%) vs 20%	100 (100%)
u. Proboszczem w Pani/ Pana parafii	29 (29%) vs 7%	52 (52%) vs 27%	12 (12%) vs 30%	7 (7%) vs 24%	100 (100%)

v. Pani/Pana nauczycielką/ nauczycielem	1 (1%) vs 8%	3 (3%) vs 27%	36 (36%) vs 36%	60 (60%) vs 18%	100 (100%)
w. Pani/Pana szefową/ szefem w pracy?	3 (3%) vs 10%	17 (17%) vs 27%	48 (48%) vs 36%	32 (32%) vs 15%	100 (100%)
x. Pani/Pana współlokatorką/ współlokatorem na wczasach?	11 (11%) vs 14%	38 (38%) vs 39%	39 (39%) vs 25%	12 (12%) vs 11%	100 (100%)
y. Pani/Pana bliskim współpracowniczką/ współpracownikiem?	15 (15%) vs 17%	49 (49%) vs 50%	35 (35%) vs 21%	1 (1%) vs 3%	100 (100%)
z. Niespodziewanym gościem na Pani/ Pana przyjęciu?	26 (26%) vs 18%	52 (52%) vs 48%	20 (20%) vs 16%	2 (2%) vs 6%	100 (100%)
aa. Pani/Pana kolegą/ koleżanką w klasie, w grupie studenckiej	5 (5%) vs 20%	19 (19%) vs 53%	58 (58%) vs 12%	18 (18%) vs 2%	100 (100%)
bb. Pani/Pana najbliższym sąsiadem/sąsiadką?	22 (22%) vs 27%	47 (47%) vs 54%	28 (28%) vs 12%	3 (3%) vs 1%	100 (100%)

Źródło: opracowanie własne.

Z badań przeprowadzonych przez CBOS (Wciórka, Wciórka 2008) wynika, że wśród osób, które przeszły leczenie psychiatryczne, najsilniej narażone na odrzucenie są te, które miałyby odpowiadać za los dzieci respondentów, a także za zdrowie ankietowanych. Również w przypadku badanych pracowników i studentów widać wyraźny sprzeciw wobec tego, aby osoby z doświadczeniem chorób psychiczny pełniły takie role. Wyraźną różnice można natomiast zaobserwować w stosunku do postaw wobec ról, w ramach których decyduje się o ważnych sprawach społeczności lokalnej. W populacji ogólnej większość respondentów uważa, że jednostka, która leczyła się psychiatrycznie, nie powinna być burmistrzem, wójtem czy posłem, podczas gdy wśród badanych pracowników i studentów panuje zgoda na pełnienie przez te osoby takich funkcji. Co więcej, ze znacznie mniejszą dezaprobatą badani ci odnoszą się do możliwości pełnienia przez te osoby na przykład funkcji proboszcza.

Ponadto wśród poddanych do oceny ról pracownicy, a przede wszystkim studenci, są zdecydowanie bardziej przeciwni, aby osoby z zaburzeniami psychicznymi były ich

nauczycielami oraz kolegami/koleżankami w grupie. Odsłaniane są tu postawy nacechowane dystansem oraz tendencją do izolowania się od chorych w bardziej wyraźny sposób niż w ogólnej populacji. Ten stan rzeczy dość znacząco może wpływać na jakość życia tej grupy, gdyż wskazuje, że badani nie chcą funkcjonować razem z nimi w przestrzeni społecznej, uczestnicząc tym samy w procesie ich stygmatyzacji.

STOSUNEK DO OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI

Efektem stereotypowego i stygmatyzującego postrzegania osób z zaburzeniami psychicznymi może być ukrywanie choroby i problemów psychicznych. Stało się to powszechnym problemem nie tylko uczelni wyższych, ale także całego społeczeństwa. Ludzie boją się przyznać do problemów ze zdrowiem psychicznym, bo są świadomi dystansu społecznego, jaki to wywoła wobec ich osoby. Etykieta, która zostanie im przypięta, utrudnia codzienne funkcjonowanie, ale przede wszystkim w znaczący sposób wpływa na opóźnienie w udzieleniu właściwej pomocy w sytuacji zaistnienia kryzysu psychicznego (Kochański, Cechnicki 2017).

Badani pracownicy oraz studenci zostali poproszeni o wyrażanie swojej opinii na temat tego, czy według nich choroby psychiczne są ukrywane przed innymi ludźmi jako wstydliwe (tab. 3 i 4).

Tabela 3. Opinia badanych pracowników i studentów w odniesieniu do ukrywania chorób psychicznych przed innymi ludźmi jako wstydliwych.

Czy zaliczyłaby Pani/zaliczyłby Pan choroby psychiczne do chorób, które zazwyczaj ukrywa się przed innymi ludźmi jako wstydliwe?	**Opinie pracowników (N=80)**	**Opinie studentów (N=100)**	**Z badań CBOS w 2008 r.**
Zdecydowanie tak	20 (25%)	28 (28%)	27%
Raczej tak	39 (48,75%)	49 (49%)	48%
Raczej nie	16 (20%)	15 (15%)	17%
Zdecydowanie nie	2 (2,5%)	4 (4%)	3%
Trudno powiedzieć	3 (3,75%)	4 (4%)	5%
Ogółem	80 (100%)	100 (100%)	100%

Źródło: opracowanie własne.

Zdecydowana większość badanych (73,75% pracowników, 77% studentów oraz 75% w populacji ogólnej) jest przekonana, że choroby psychiczne należą do tych problemów zdrowotnych, które ukrywa się przed innymi. tylko 8% studentów i 6,25% pracowników uznało, że raczej nie są lub zdecydowanie nie są ukrywane (vs 8% w populacji ogólnej).

W ostatnim już pytaniu respondenci zostali poproszeni o wyrażenie swojego nastawienia do osób chorujących psychicznie. Dzięki temu podjęto próbę określenia bezpośredniego stosunku badanej grupy do osób z zaburzeniami psychicznymi.

Tabela 4. Stosunek badanych pracowników i studentów do osób chorujących psychicznie

Ludzie bardzo różnie odnoszą się do osób chorych psychicznie. Czy mogłaby Pani/mógłby Pan powiedzieć, jaki jest Pani/Pana stosunek do osób chorych psychicznie?	**Opinie pracowników (N=80)**	**Opinie studentów (N=100)**	**Z badań CBOS w 2008 r.**
Zdecydowanie życzliwy	12 (15%)	10 (10%)	12%
Raczej życzliwy	38 (47,5%)	52 (52%)	53%
Obojętny	26 (32,5%)	32 (32%)	26%
Raczej niechętny	1 (1,25%)	3 (3%)	4%
Zdecydowanie niechętny	–	1 (1%)	1%
Trudno powiedzieć	3 (3,75%)	2 (2%)	4%
Ogółem	80 (100%)	100 (100%)	100%

Źródło: opracowanie własne.

Okazuje się, że w większości badani pracownicy, jak i studenci deklarują zdecydowanie życzliwy i raczej życzliwy stosunek do osób, które chorują psychicznie (62,5% pracowników, 62% studentów oraz 65% ogólnej populacji). Wśród respondentów jest nieco więcej tych, którzy swoje nastawienie do chorujących określają jako obojętne, w porównaniu z populacją ogólną (32, 5% pracowników, 32% studentów vs 26% populacji ogólnej). Natomiast żaden pracownik nie wyraża zdecydowanej niechęci do osób chorych psychicznie.

PODSUMOWANIE

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

Podniesienie jakości wsparcia studentów z zaburzeniami psychicznymi, ale także tych doświadczających kryzysów zdrowia psychicznego, jest ważnym wyzwaniem, przed jakim stoją dziś uczelnie wyższe w Polsce. W dużej części dopiero przygotowują one możliwe

rozwiązania udzielania pomocy studentem w dostosowaniu procesu kształcenia do ich potrzeb. Nie jest to jednak proste zadanie, gdyż brak jest konkretnych procedur określających rodzaj, formę i zasady udzielania wsparcia w tym obszarze. Z jednej strony trzeba znaleźć rozwiązania, które pozwolą zminimalizować bariery w procesie edukacji. A więc poza podstawowymi formami dostosowania, takimi jak: alternatywne sposoby zaliczania zajęć, wydłużanie czasu egzaminów, dostosowywanie materiałów dydaktycznych, należy wziąć pod uwagę fakt, że w sytuacji studentów z zaburzeniami psychicznymi, takimi jak schizofrenia, silne depresje, zaburzenia lękowe, są to środki niewystarczające. Zachowanie takich studentów bywają często niezrozumiałe dla pracowników, a także dla innych kolegów i koleżanek z roku, co budzi lęk, a w efekcie niechęć do współpracy z nimi. Z drugiej więc strony należy podejmować działania zmierzające do zwiększania wiedzy całej społeczności akademickiej na temat chorób psychicznych i ich konsekwencji dla funkcjonowania człowieka. Do czasu, kiedy wiedza ta nie będzie rozpowszechniana w sposób rzetelny, bez stereotypów i uogólnień, życie osób chorych psychicznie w społeczeństwie, czyli także i w środowisku uczelnianym, będzie niełatwe dla jednej i drugiej strony.

BIBLIOGRAFIA

Aronson, Elliot, Wilson, Timothy D., Akert, Robin M. (1997). *Psychologia społeczna. Serce i umysł*. Poznań: Zysk i S-ka.

Aronson, Elliot, Wilson, Timothy D., Akert, Robin M. (2006). *Psychologia społeczna*. Poznań: Zysk i S-ka.

Brewer, Marilynn B. (1999). *Kiedy stereotypy powodują stereotypizację: wpływ stereotypów na spostrzeganie osób*. W: Neil Macrae, Charles Stangor, Miles Hewstone (red.). *Stereotypy i uprzedzenia. Najnowsze ujęcie*. Gdańsk: GWP, s. 208–224.

Brzezińska, Anna Izabela, Zwolińska, Kamila (2010). *Marginalizacja osób z ograniczeniami sprawności na skutek zaburzeń psychicznych*. „Polityka Społeczna", nr 2, s. 16–22. https://repozytorium.amu.edu.pl/bitstream/10593/4657/1/2010%20POLITYKA%20SPOŁECZNA%20ABrzezińska%20KZwolińska%20Marginalizacja%20osób%20z%20zaburzeniami%20psychicznymi.pdf (dostęp: 10.04.2020).

Chudzicka-Czupała, Agata, Biernat, Mateusz (2018). *Psychologiczne koszty diagnozy psychiatrycznej i stygmatyzacji. Jak skuteczniej pomagać osobom doświadczającym problemów ze zdrowiem psychicznym?*. „Czasopismo Psychologiczne – Psychological Journal", nr 24 (1), s. 201–211. http://czasopismopsychologiczne.pl/files/articles/2018-24-psychologiczne-koszty-diagnozy-psychiatrycznej-i-stygmatyzacji.-jak-skuteczniej-pomaga-osobom-dowiadczajcym-problemw-ze-zdrowiem-psychicznym.pdf (dostęp: 8.05.2020).

Chudzicka-Czupała, Agata, Gałuszka, Anita (2016). *Wykluczenie społeczne osób chorych i niepełnosprawnych – aspekty etyczne*. Psychologiczne koszty stygmatyzacji. „Społeczeństwo i Edukacja", nr 20 (1), s. 47–58.

Czykwin, Elżbieta (2007). *Stygmat społeczny*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Dobrzyńska, Ewelina, Rymaszewska, Joanna, Kiejna, Andrzej (2007). *Problem jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi*. „Adv Clin Exp Med", nr 16(1), s. 173–178. http://www.advances.umed.wroc.pl/pdf/2007/16/1/173.pdf (dostęp: 11.04.2020).

Dovidio, John, Major, Brenda, Crocker, Jennifer (2007). *Piętno*. W: Todd F. Heatherton, Robert E. Kleck, Michelle R. Hebl, Jay G. Hull (red.). *Społeczna psychologia piętna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 23–49.

Dziwota, Ewelina (2014). *Stygmatyzacja osób chorych psychicznie*. „Curr Probl Psychiatry", nr 15(1), s. 18–23. http://docplayer.pl/5566553-Stygmatyzacja-osob-chorych-psychicznie-ewelina-dziwota.html (dostęp: 8.04.2020).

Goffman, Erving (2005). *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości*. Gdańsk: GWP.

Hamer, Hanna (2005). *Psychologia społeczna. Teoria i praktyka*. Warszawa: Difin.

Jackowska, Ewa (2009). *Stygmatyzacja i wykluczenie społeczne osób chorujących na schizofrenię – przegląd badań i mechanizmy psychologiczne*. „Psychiatria Polska", t. XLIII, nr 6, s. 655–670. http://strona.ppol.nazwa.pl/uploads/images/PP_6_2009/Jackowska%20s655_page_Psychiatria%20Polska%206_2009.pdf (dostęp: 8.05.2020).

Jussim, Lee, Fleming, Chistopher (1999). *Samospełniające się przepowiednie a utrzymywanie się stereotypów społecznych: rola interakcji diadycznych i sił społecznych*. W: Macrae Charles Stangor, Miles Hewstone (red.). *Stereotypy i uprzedzenia. Najnowsze ujęcie*. Gdańsk: GWP, s. 133–160.

Kochański, Artur, Cechnicki, Andrzej (2017). *Postawy polskich psychiatrów wobec osób chorujących psychicznie*. „Psychiatria Polska", nr 51 (1), s. 29–44. http://psychiatriapolska.pl/uploads/images/PP_1_2017/29Kochanski_PsychiatrPol2017v51i1.pdf (dostęp: 12.04.2020).

Kudlińska, Iwona (2011). *Stygmatyzacja społeczna jako perspektywa teoretyczno-badawcza (na przykładzie badań nad stygmatyzacją ludzi biednych)*. „Acta Universitatis Lodziensis, Folia Sociologica", nr 38, s. 51–72. http://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.hdl_11089_456/c/kudlinskaFolia_Sociologica_38.pdf (dostęp: 8.04.2020).

Link, Bruce G., Phelan, Jo C. (2001). *Conceptualizing stigma*. „Annual Review of Sociology", nr 27, s. 363–385.

Mroczek, Bożena, Wróblewska, Izabela, Kędzierska, Anna, Kurpas, Donata (2014). *Postawy dorosłych Polaków wobec osób chorych psychicznie*. „Family Medicine & Primary Care Review", nr 16(3), s. 263–265. http://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.desklight-ec5c1b22-9e62-4669-95bb-421b4c100582/c/22_O_Mroczek___Postawy_doroslych.pdf (dostęp: 13.04.2020).

Reber, Arthur, Reber, Emily (2005). *Słownik psychologii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

Ross, Lee D., Amabile, Teresa M., Steinmetz, Julia L. (1977). *Social roles, social control and biases in the social perceptron proces*. „Journal of Personality and Social Psychology",

nr 35(7), s. 485–494. https://www.gwern.net/docs/psychology/1977-ross.pdf (dostęp: 2.04.2020).

Sochańska-Kawiecka, Marzena, Kołakowska-Seroczyńska, Zuzanna, Zielińska, Dorota, Makowska-Belta, Edyta, Ziewiec, Piotr (2017). *Badania potrzeb osób niepełnosprawnych. Raport z badań*. Warszawa: PFRON. https://www.pfron.org.pl/fileadmin/Badania_i_analizy/Badanie_potrzeb_ON/Raport_koncowy_badanie_potrzeb_ON.pdf?utm_campaign=pfron&utm_source=df&utm_medium=download (dostęp: 9.04.2020).

Szpunar, Magdalena (2009). *Odgrodzeni od świata poprzez bariery mentalne. Społeczne stereotypy i dystanse wobec osób chorych psychicznie*. W: Wojciech Muszyński, Ewa Sikora (red.). *Pod wielkim dachem nieba. Granice, migracje i przestrzeń we współczesnym społeczeństwie*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek, s. 309–320.

Świtaj, Piotr (2008). *Doświadczenie piętna społecznego i dyskryminacji u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.

Świtaj, Piotr (2009). *Rola diagnozy psychiatrycznej w procesie stygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi*. „Postępy Psychiatrii i Neurologii", nr 18 (4), s. 377–386. http://www.ppn.ipin.edu.pl/aktualne/2009/4/t18n4_9.pdf (dostęp: 9.05.2020).

Tyszkowska, Magadalena, Podogrodzka, Magdalena (2013). *Stygmatyzacja na drodze zdrowienia w chorobach psychicznych – czynniki bezpośrednio związane z leczeniem psychiatrycznym*. „Psychiatria Polska", nr 47(6), s. 1011–1022. http://www.psychiatria-polska.pl/uploads/images/PP_6_2013/1011TyszkowskaPsychiatrPol6_2013.pdf (dostęp: 10.04.2020).

Wciórka, Bogna, Wciórka, Jacek (2002). *Polacy o schizofrenii i chorych na schizofrenię. Opinie i diagnozy*. Warszawa: CBOS.

Wciórka, Bogna, Wciórka, Jacek (2008). *Osoby chorujące psychicznie w społeczeństwie. Komunikat z badań*. Warszawa: CBOS.

Witusik, Andrzej, Leszto, Stanisław, Podgórska-Jachnik, Dorota, Pietras, Tadeusz (2015). *Schizofrenia w kontekście nauk społecznych: osoba chora na schizofrenię w obszarze zainteresowań pedagogiki specjalnej*. Wrocław: Wydawnictwo Continuo.

Wojciszke, Bogdan (2003). *Człowiek wśród ludzi. Zarys psychologii społecznej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe „Scholar".

Zimbardo, Richard J., Gerring, Philip G. (2009). *Psychologia i życie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.