



Złożenie pracy online:
2026-02-24 17:14:52
Kod pracy:
36575/52097/CloudA

Natalia Lipowska
(nr albumu: 30901)

Praca magisterska

Lęk i stres u studentów z diagnozą zaburzeń ze spektrum autyzmu.

Anxiety and stress among university students diagnosed with Autism Spectrum Disorder.

Wydział: Wyższa Szkoła Biznesu - National-Louis University

Kierunek: Psychologia

Specjalność: neuropsychologia

Promotor: dr Monika Pyrczak-Piega

Moim Córkom

I



Streszczenie

Celem tej pracy było sprawdzenie, w jaki sposób studenci ze spektrum autyzmu doświadczają stresu i lęku w środowisku akademickim oraz jak radzą sobie z tymi emocjami. Podjęto również próbę ustalenia, czy dostosowania i wsparcie oferowane przez uczelnie wspierają funkcjonowanie psychiczne i dobrostan tych studentów. W badaniu zastosowano metodę jakościową jaką jest wielokrotne studium przypadku. Wykorzystano narzędzia badawcze: STAI - Inwentarz Stanu i Cechy Lęku, CISS - Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych, KPS - Kwestionariusz Poczucia Stresu oraz wywiad pogłębiony, częściowo ustrukturalizowany. Grupę badaną stanowiło sześć osób w wieku 18-23 lata z diagnozą zaburzeń ze spektrum autyzmu. Wszystkie osoby były w momencie badania studentami uczelni publicznej lub niepublicznej. Badanie wskazało, że poziom lęku i stresu u studentów z zaburzeniami ze spektrum autyzmu jest podwyższony, w przypadku lęku jako cechy bardzo wysoki, a sposoby radzenia sobie ze stresem są zazwyczaj nieadaptacyjne i skoncentrowane na emocjach. Studenci są zagrożeni wypaleniem edukacyjnym, a oferowane im wsparcie nie zawsze jest prawidłowe i dostosowane do specyfiki spektrum autyzmu. Uzyskane wyniki badań pozwoliły na wstępne sformułowanie zaleceń, które mogą być zastosowane podczas pracy ze studentami w spektrum autyzmu i projektowaniu systemu wsparcia. Wskazane jest przeprowadzenie dalszych, pogłębionych badań, zwłaszcza podłużnych, które pozwolą na ocenienie jak udzielone wsparcie w dłuższym okresie czasu wpływa na dobrostan psychiczny studentów w spektrum autyzmu i ich funkcjonowanie w środowisku akademickim.

Słowa kluczowe

autyzm, niepełnosprawność, lęk, stres, studenci

Abstract

The aim of this study was to examine how students on the autism spectrum experience stress and anxiety in the academic environment and how they cope with these emotions. An attempt was also made to determine whether the accommodations and support offered by universities enhance the psychological functioning and well-being of these students. A qualitative method was employed in the form of a multiple case study. The following research tools were used: the STAI – State-Trait Anxiety Inventory, the CISS – Coping Inventory for Stressful Situations, the PSS – Perceived Stress Scale, and an in-depth, semi-structured interview. The study group consisted of six individuals aged 18–23 who had been diagnosed with autism spectrum disorder. At the time of the study, all participants were students at either a public or a private university. The findings indicated that the level of anxiety and stress among students with autism spectrum disorder is elevated, with trait anxiety reaching a very high level. The coping strategies employed are generally maladaptive and emotion-focused. These students are at risk of academic burnout, and the support offered to them is not always appropriate or tailored to the specific characteristics of the autism spectrum. The results made it possible to formulate preliminary recommendations that may be applied in working with students on the autism spectrum and in designing support systems. Further in-depth research, particularly longitudinal studies, is recommended in order to assess how the support provided influences the long-term psychological well-being of students on the autism spectrum and their functioning within the academic environment.

Keywords

autism, disability, anxiety, stress, university students



Spis treści

Wstęp	2
1. Niepełnosprawność w uczelniach wyższych	4
1.1. Studenci z niepełnosprawnością	4
1.2. Autyzm – historia i klasyfikacje.....	8
1.3. Funkcjonowanie w uczelni studentów w spektrum autyzmu	13
1.4. Wsparcie oferowane studentom w spektrum autyzmu przez uczelnie	16
2. Stres	22
2.1. Stres – pojęcie i definicje	22
2.2. Stres – przyczyny i skutki	24
2.3. Radzenie sobie ze stresem	27
2.4. Stres u osób w spektrum autyzmu	30
3. Lęk	32
3.1. Lęk – pojęcie i definicje	32
3.2. Lęk - przyczyny i skutki.....	33
3.3. Radzenie sobie z lękiem	36
3.4. Lęk u osób w spektrum autyzmu	39
4. Metodologia badań własnych	41
4.1. Metoda badawcza, przedmiot i cel badań	41
4.2. Problem badawczy i pytania badawcze	42
4.3. Studium przypadku	44
4.4. Narzędzia badawcze użyte w badaniu.....	45
4.5. Grupa badana i przebieg badania	49
5. Wyniki badań własnych – wielokrotne studium przypadku	51
5.1. Indywidualne wyniki badań	51
5.2. Zbiorcze wyniki badań.....	83
6. Dyskusja wyników	89
Zakończenie	93
Bibliografia	99
Akty prawne	102
Źródła internetowe.....	103
Spis tabel	104
Spis wykresów.....	105
Załączniki	105



Wstęp

W ostatnich latach zwiększyła się liczba studentów, którzy oficjalnie zgłaszają na uczelni, że mają zdiagnozowane zaburzenia ze spektrum autyzmu. Są to zarówno osoby, które posiadają diagnozę od dzieciństwa, jak i osoby, które dopiero w okresie studiów zaczęły rozpoznawać u siebie cechy autystyczne. Uczelnie otrzymujące środki publiczne zobowiązane są do zapewnienia wszystkim studentom, także tym neuroatypowym, pełnego udziału w procesie kształcenia, a dzieje się to zazwyczaj poprzez wprowadzenie dostosowań lub racjonalnych usprawnień procesu studiowania. Studenci coraz częściej mają też możliwość korzystania na uczelniach z pomocy psychologicznej i zajęć grupowych, których celem jest psychoedukacja i integracja.

W niniejszej pracy są zamiennie używane terminy: studenci neuroatypowi, z diagnozą zaburzeń ze spektrum autyzmu, ASD (ang. *autism spectrum disorder*), z autyzmem, w spektrum autyzmu lub w spektrum. Nazwa wykorzystana w temacie pracy, czyli zaburzenia ze spektrum autyzmu, zaczerpnięta została z klasyfikacji ICD-11. Należy podkreślić, że sam autyzm coraz częściej nie jest uznawany za chorobę lub niepełnosprawność, ale raczej za odmienną ścieżkę rozwoju, jedną z możliwych form neuroróżnorodności występujących w społeczeństwie. Przy takim podejściu, autyzm traktowany jest jako zespół cech, słabych i mocnych stron oraz specyficznych potrzeb, a nie jako zaburzenie. Jednocześnie samo rozpoznanie spektrum autyzmu sprawia, że u danej osoby jest większe prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń takich jak depresyjne i lękowe.

Celem tej pracy jest sprawdzenie, w jaki sposób studenci ze spektrum autyzmu doświadczają stresu i lęku w środowisku akademickim oraz jak radzą sobie z tymi emocjami. Podjęto również próbę oceny, czy dostosowania i wsparcie oferowane przez uczelnię wspierają funkcjonowanie psychiczne tych studentów.

Struktura pracy odzwierciedla w pełni problematykę lęku i stresu u studentów z zaburzeniami ze spektrum autyzmu. W rozdziale pierwszym omówiono funkcjonowanie studentów z niepełnosprawnością w uczelniach, a także funkcjonowanie studentów w spektrum autyzmu i oferowane im dostosowania. W rozdziale drugim i trzecim skupiono się na opisanu stresu oraz lęku, ich przyczyn i skutków oraz metod radzenia sobie z tymi emocjami. Wskazano też jak stres i lęk odczuwane są przez osoby w spektrum autyzmu.



W części empirycznej w rozdziale czwartym opisano wybraną metodę badania jakościowego jaką jest wielokrotne studium przypadku. Scharakteryzowano narzędzia badawcze: STAI - Inwentarz Stanu i Cechy Lęku, CISS - Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych, KPS - Kwestionariusz Poczucia Stresu oraz wywiad pogłębiony, częściowo ustrukturalizowany. Opisano również grupę badaną oraz przebieg badania.

Wyniki badań indywidualnych oraz ich zbiorcze podsumowanie przedstawiono w rozdziale piątym, a dyskusję wyników w rozdziale szóstym. Badania wskazały, że poziom lęku jako cechy u studentów z zaburzeniami ze spektrum autyzmu jest bardzo wysoki, a sposoby radzenia sobie ze stresem są zazwyczaj nieadaptacyjne. Studenci są zagrożeni wypaleniem edukacyjnym, a oferowane im wsparcie nie zawsze jest prawidłowe i dostosowane do specyfiki spektrum autyzmu.

Praca kończy się spisem literatury, tabel, wykresów i załączników.

W pracy połączono podejście teoretyczne z praktycznym. Uzyskane wyniki badań pozwoliły na wstępne sformułowanie zaleceń, które mogą być zastosowane podczas pracy ze studentami w spektrum autyzmu i projektowaniu systemu wsparcia. Wskazane jest przeprowadzenie dalszych, pogłębionych badań, zwłaszcza podłużnych, które pozwolą na ocenienie jak udzielone wsparcie w dłuższym okresie czasu wpływa na dobrostan psychiczny studentów w spektrum autyzmu i ich funkcjonowanie w środowisku akademickim.



1. Niepełnosprawność w uczelniach wyższych

W tym rozdziale przedstawione zostaną zagadnienia związane z funkcjonowaniem w szkolnictwie wyższym osób z niepełnosprawnością, a także osób z diagnozą zaburzeń ze spektrum autyzmu. Omówione zostaną specyficzne potrzeby studentów z autyzmem w środowisku akademickim, zakres oferowanego przez uczelnie wsparcia, a także klasyfikacja autyzmu.

1.1. Studenci z niepełnosprawnością

W Polsce do końca XX wieku osoby z niepełnosprawnościami były marginalizowane i traktowane, zwłaszcza w systemie szkolnictwa wyższego, jako nieistniejące. Dopiero *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej* z 1997 roku w artykule 32 zagwarantowała wszystkim osobom równość wobec prawa, a w artykule 69 zobowiązała władze do udzielania wsparcia osobom niepełnosprawnym w dostępie do edukacji. Uprawnienia te wzmocniło uchwalenie przez Sejm RP w 1997 roku *Karty Praw Osób Niepełnosprawnych*. W 2012 roku Polska ratyfikowała też *Konwencję ONZ o prawach osób niepełnosprawnych* z 2006 roku zobowiązując się dzięki temu do podejmowania wszelkich niezbędnych środków, aby zapewnić pełne korzystanie przez osoby niepełnosprawne z praw człowieka i podstawowych wolności, zapewniając im równości z innymi obywatelami (Gilga, 2015).

Od 2012 roku osoby z niepełnosprawnością w Polsce mają prawo do tzw. racjonalnych usprawnień. Zgodnie z artykułem 2 *Konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych*, sporządzonej w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r. i przyjętej przez Polskę w 2012 roku „*Racjonalne usprawnienie oznacza konieczne i odpowiednie zmiany i dostosowania, nie nakładające nieproporcjonalnego lub nadmiernego obciążenia, jeśli jest to potrzebne w konkretnym przypadku, w celu zapewnienia osobom niepełnosprawnym możliwości korzystania z wszelkich praw człowieka i podstawowych wolności oraz ich wykonywania na zasadzie równości z innymi osobami*” (Dz.U. 2012 poz. 1169).

Na poziomie szkolnictwa wyższego, największe zmiany dla studentów z niepełnosprawnościami, wprowadziła znowelizowana w 2011 roku *ustawa Prawo o szkolnictwie wyższym*, która nałożyła na wszystkie uczelnie obowiązek dostępności.



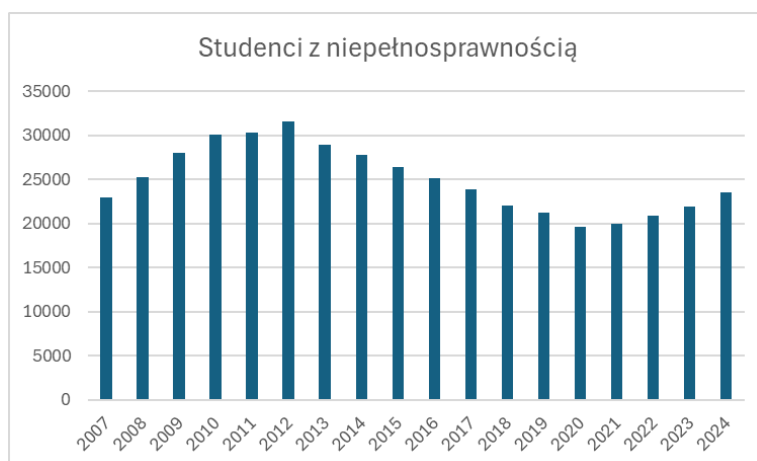
W artykule 13 pojawił się zapis, który do podstawowych zadań uczelni zaliczył stwarzanie osobom niepełnosprawnym warunków do pełnego udziału w procesie kształcenia i w badaniach naukowych. Dodatkowo w artykule 94 określono, że uczelnie publiczne otrzymują dotacje z budżetu państwa na realizację zadań związanych ze stwarzaniem studentom i doktorantom z niepełnosprawnościami warunków do tego pełnego udziału w procesie kształcenia. Zmiany w ustawie oznaczają, że od 2012 roku wszystkie uczelnie powinny być w pełni dostępne dla osób niepełnosprawnych we wszystkich obszarach - od procesu rekrutacji, poprzez dydaktykę do działalności badawczej (Gilga, 2015).

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego około 10% ludności Polski to osoby z niepełnosprawnością. W roku 2024 w Polsce było to 3,9 mln osób, które posiadały aktualne orzeczenie o niepełnosprawności wydane przez zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności lub inne równoważne dokumenty. W tej grupie były też osoby starsze oraz dzieci. Na etapie szkoły ponadpodstawowej 4,1% dzieci i młodzieży objęto kształceniem specjalnym – w roku 2024 było to 73,8 tys. uczniów. Odsetek ten zmniejsza się dwukrotnie na etapie szkolnictwa wyższego. W 2024 roku 1,9% studentów przedstawiło na uczelni dokumenty potwierdzające niepełnosprawność, co oznacza, że wg. danych GUS było to 23,5 tys. studentów z niepełnosprawnościami, a 5,3 tys. studentów z niepełnosprawnościami uzyskało dyplomy ukończenia studiów (GUS, 2025).

Poniżej przedstawiono wykres numer 1 obrazujący zmianę liczby studentów z niepełnosprawnością na przestrzeni lat 2007-2024. Wynika z nich, że do 2013 roku liczba studentów z niepełnosprawnością stopniowo rosła, następnie do 2020 roku powoli malała, a od roku 2021 znów występuje trend wzrostowy. Warto jednak pamiętać, że dane GUS mogą być znacznie zaniżone, ponieważ zgłoszenie faktu niepełnosprawności na uczelni jest dobrowolne, a przedstawienie orzeczenia najczęściej związane jest ze złożeniem wniosku o stypendium lub wniosku o przydzielenie miejsca w domu studenckim. Studenci, którzy nie składają takich wniosków, mogą nie zgłaszać na uczelni swoich problemów i nie wnioskować o wsparcie. W grupie studentów, którzy ukrywają w środowisku akademickim swój stan zdrowia, znajdować się mogą głównie osoby ze zdiagnozowanymi zaburzeniami psychicznymi, w tym zaburzeniem depresyjnymi i lękowymi.



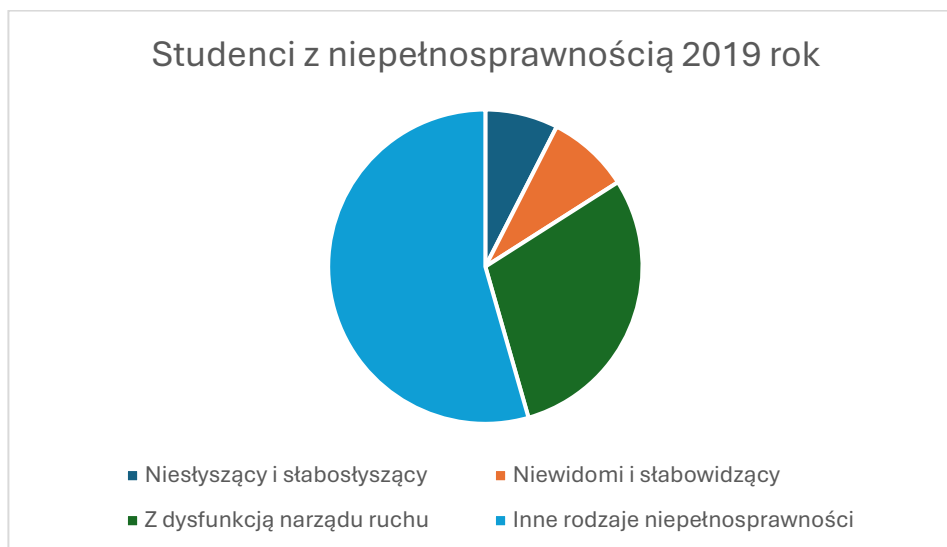
Wykres nr 1. Liczba studentów z niepełnosprawnością w latach 2007-2024



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Biura Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych i Głównego Urzędu Statystycznego.

Ostatnie dane GUS przedstawione przez Biuro Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych, dotyczące rodzajów niepełnosprawności, którą posiadali studenci, pochodzą z 2019 roku. Podzielono w nich studentów niepełnosprawnych na cztery grupy: niesłyszący i słabosłyszący, niewidomi i słabowidzący, z dysfunkcją narządu ruchu oraz inne rodzaje niepełnosprawności. Rodzaje niepełnosprawności wśród studentów w roku 2019 przedstawiono poniżej na wykresie nr 2. Wynika z niego, że ponad połowa studentów to osoby z innym rodzajem niepełnosprawności, które mogą obejmować choroby przewlekłe, zaburzenia psychiczne, a także całościowe zaburzenia rozwoju, czyli choroby i zaburzenia, które najczęściej nie są widoczne i nazywane są ukrytą niepełnosprawnością.

Wykres nr 2. Rodzaje niepełnosprawności wśród studentów w roku 2019



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Biura Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych.

W latach 90. XX wieku zaczęto w Polsce dostrzegać potencjał oraz potrzeby studentów z niepełnosprawnościami. Uniwersytet Warszawski w roku 1991 powołał Pełnomocnika Rektora ds. Osób Niepełnosprawnych, co było pierwszą inicjatywą systemowego wsparcia. Kolejnym krokiem było utworzenie Biura ds. Osób Niepełnosprawnych, a w 2003 roku weszła w życie uchwała w sprawie warunków studiowania osób niepełnosprawnych (Szymańska, Nurzyński, Byczek, 2023). Aktualnie większość uczelni publicznych i niepublicznych posiada jednostki zajmujące się wspieraniem studentów z niepełnosprawnościami.

Polepszyła się także kwestia finansowania działań podejmowanych przez uczelnie w tym zakresie. W ostatnich 10 latach w ramach środków publicznych coraz większe kwoty są przeznaczane na dostępność szkolnictwa wyższego. Aktualnie Narodowe Centrum Badań i Rozwoju w ramach konkursu „Centra wiedzy do dostępności” wybrało 11 projektów o średniej wartości dofinansowania 4,3 mln zł. W latach 2014-2020 około 200 uczelni w Polsce otrzymało środki w trzech konkursach „Uczelnia dostępna” - wartość tych projektów to 690 mln zł (Narodowe Centrum Badań i Rozwoju, 2026).

1.2. Autyzm – historia i klasyfikacje

Diagnozowanie autyzmu oraz stosowana w klasyfikacjach terminologia dotycząca autyzmu ma stosunkowo krótką, bo tylko 100-letnią historię, ale była ona bardzo burzliwa. Została ona dokładnie opisana przez Steve’a Silbermana w książce „*Autyzm. Historia geniuszu natury i różnorodności neurologicznej*” (2021). Pierwsze udokumentowane badania grupy dzieci, które przejawiały objawy autyzmu, były prowadzone w Moskwie przez Grunję Suchariewą - młodą lekarkę specjalizującą się w psychiatrii. W 1925 roku zespół tych objawów został nazwany przez nią schizoidalnymi zaburzeniami osobowości. Mimo, że nie używała ona terminu „autyzm” to wcześniej to słowo pojawiło się około 1910 roku – użył go szwedzki psychiatra Eugen Bleuler również podczas opisu jednego z objawów schizofrenii dziecięcej. Nazwa autyzm pochodziła od greckiego słowa „*autos*”, czyli „sam” i określono tak skupienie się na swoim wewnętrznym świecie, uciekanie w świat fantazji i obojętność wobec świata zewnętrznego.

Kilkanaście lat po badaniach Suchariewej, kolejny lekarz, wiedeński pediatra Hans Asperger w 1943 roku stworzył termin psychopatia autystyczna. Podkreślał dziedziczność tego zaburzenia, a także wskazał na mocne strony, które obserwował u swoich pacjentów, takie jak: logika, dojrzałość umysłowa i zdolność abstrakcyjnego myślenia. Zauważył też, że jego pacjentów często cechuje „*rażąca pogarda wobec autorytetów*”, co uznał za niezbędne w pracy każdego naukowca (Silberman, 2021, s. 106).

Istotny wkład w stworzenie używanej obecnie terminologii miał amerykański psychiatra Leo Kanner, który w 1944 roku po raz pierwszy zdefiniował zespół objawów u swoich pacjentów jako autyzm wczesnodziecięcy. Cechy kluczowe u wszystkich zakwalifikowanych do tej diagnozy pacjentów to ekstremalne samotnictwo, izolacja oraz strach przed zmianami i niespodziankami (Silberman, 2021).

Kolejne lata wpłynęły na rozwijanie wiedzy z zakresu spektrum autyzmu. W tym okresie pojawiały się nazwiska naukowców, takie jak Bernard Rimland, Ole Lovaas, Tony Attwood, a także samorzeczników, np. Jim Sinclair, Temple Grandin. Warto wspomnieć też o Lornie Wing, która spopularyzowała określenie „spektrum autyzmu”, aby podkreślić, że cechy autystyczne występują w różnym nasileniu (Jakś, Ławicka, Oszczyda, 2024).

Zaburzenia ze spektrum autyzmu - ASD (ang. *autism spectrum disorder*) stanowią złożoną grupę zaburzeń neurorozwojowych, które wpływają na sposób komunikowania się,



nawiązywania relacji społecznych, ograniczenie zainteresowań i aktywności oraz powtarzane wzorce zachowań. Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne w 1980 roku wprowadziło do klasyfikacji zaburzeń psychicznych pojęcie „całościowe zaburzenia rozwoju”, do których zaliczany jest autyzm. To samo określenie wprowadzono w 2002 roku w klasyfikacjach Światowej Organizacji Zdrowia (Cierpiałkowska, Sęk, 2020).

Aktualnie w procesie diagnozowania autyzmu stosuje się międzynarodowe klasyfikacje chorób i zaburzeń psychicznych, takie jak ICD-10, ICD-11 oraz DSM-5. Każda z nich oferuje nieco inne podejście do klasyfikowania objawów autyzmu, ale widoczny jest trend, aby zaburzenia ze spektrum autyzmu traktować bardziej holistycznie i skupiać się na potrzebach tej grupy, co jest istotne podczas projektowania systemów wsparcia.

ICD-10 – klasyfikacja Światowej Organizacji Zdrowia

Obecnie w Polsce, w systemie diagnozowania i rozliczenia świadczeń w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia, obowiązuje klasyfikacja ICD-10, czyli Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, Rewizja Dziesiąta (ang. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*), która została opublikowana w 2002 roku przez Światową Organizację Zdrowia (ang. *World Health Organization*, WHO). W ICD-10 zaburzenia ze spektrum autyzmu są klasyfikowane jako jedno z całościowych zaburzeń rozwoju oznaczonych kodem F84 w kategorii „Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania” – „Zaburzenia rozwoju psychologicznego”. W ramach całościowych zaburzeń rozwoju występują kody związane z autyzmem: F84.0 – Autyzm dziecięcy, F84.1 – Autyzm atypowy, F84.5 – Zespół Aspergera (Rejestr Systemów Kodowania, Ministerstwo Zdrowia, 2026).

Diagnozowanie autyzmu zgodnie z ICD-10 opiera się na tzw. triadzie autystycznej, czyli: deficytach w komunikacji werbalnej i pozawerbalnej, nieprawidłowościach w interakcjach społecznych oraz występowaniu zachowań lub zainteresowań, które są stereotypowe, bardzo nasilone i powtarzalne oraz ograniczonych, powtarzalnych wzorców zachowań (Jakś, Ławicka, Oszczyda, 2024).



ICD-11 – klasyfikacja Światowej Organizacji Zdrowia

ICD-11 opublikowana w 2022 roku, ze względu na 5-letni okres przejściowy, nadal nie jest używana powszechnie w Polsce i będzie obowiązywała od 2027 roku. W ICD-11 uporządkowano kategorie zaburzeń. W podrozdziale „Zaburzenia neurorozwojowe” umieszczono pod kodem 6A02 grupę „zaburzenia ze spektrum autyzmu” (ang. *autism spectrum disorders*). Warto zwrócić uwagę, że usunięto całościowe zaburzenia rozwoju, które w ICD-10 były pod kodem F84. W ICD-11 nie ma też wyszczególnionego Zespołu Aspergera, więc jego diagnozowanie po wejściu w życie nowej klasyfikacji nie będzie już możliwe (Krawczyk, Święcicki, 2020).

Zgodnie z ICD-11 zaburzenie ze spektrum autyzmu pojawia się w okresie rozwojowym, zwykle we wczesnym dzieciństwie, ale objawy autystyczne mogą ujawnić się w pełni dopiero w późniejszym wieku, gdy wymagania społeczne przekraczają ograniczone możliwości. Wyjaśnia to dużą liczbę diagnoz pojawiających się dopiero w okresie wczesnej dorosłości. ASD objawia się trwałymi deficytami w zakresie inicjowania i utrzymania interakcji społecznej i komunikacji społecznej. Zwrócono uwagę na wzorce zachowań, zainteresowań i aktywności, które są powtarzalne, ograniczone i sztywne. Zachowania te charakteryzuje nietypowość – nie pasują do wieku albo do kontekstu kulturowego. Aby zdiagnozować zaburzenia ze spektrum autyzmu, należy stwierdzić, że występujące deficyty powodują upośledzenie w najważniejszych obszarach funkcjonowania: osobistych, rodzinnych, społecznych, edukacyjnych, zawodowych (Rejestr Systemów Kodowania, Ministerstwo Zdrowia, 2026).

W ICD-11 wprowadzono dokładny podział zaburzeń autystycznych ze względu na poziom funkcjonowania językowego i intelektualnego, który przedstawiono w tabeli nr 1. Kod 6A02.0 odpowiada wcześniejszej klasyfikacji Zespołu Aspergera. Dodatkowo wprowadzono dwa kody: 6A02.Y Inne zaburzenia ze spektrum autyzmu oraz 6A02.Z Zaburzenie ze spektrum autyzmu, nieokreślone (Rejestr Systemów Kodowania, Ministerstwo Zdrowia, 2026).



Tabela nr 1. ICD-11 – podział zaburzeń ze spektrum autyzmu

Zaburzenie ze spektrum autyzmu	z łagodnym upośledzeniem lub bez upośledzenia funkcjonalnego języka	z zaburzonym językiem funkcjonalnym	z brakiem języka funkcjonalnego
bez zaburzeń rozwoju intelektualnego	6A02.0	6A02.2	6A02.4
z zaburzeniem rozwoju intelektualnego	6A02.1	6A02.3	6A02.5

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Rejestru Systemów Kodowania, Ministerstwa Zdrowia.

DSM-5 – klasyfikacja Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego

DSM-5 (ang. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) opublikowana w 2013 roku przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne, również definiuje autyzm jako spektrum zaburzeń autystycznych (ASD) pod symbolem 299.00 i eliminuje wcześniejsze rozróżnienia takie jak np. zespół Aspergera.

Kryteria diagnostyczne DSM-5 obejmują znów triadę objawów, czyli deficyty w komunikacji społecznej (np. trudności w kontaktach wzrokowych, rozumieniu emocji, budowaniu relacji), powtarzalne wzorce zachowań (np. echolalia, rytuały, nietypowe zainteresowania) oraz reakcje sensoryczne. Objawy muszą być obecne od wczesnego dzieciństwa i powodować istotne trudności w codziennym funkcjonowaniu. W DSM-5 kładzie się nacisk na funkcjonowanie i wpływ objawów na jakość życia jednostki. W tej klasyfikacji wyróżnia się trzy poziomy funkcjonowania w ASD, w zależności od tego jakiego wsparcia wymagają (Rynkiewicz, Kulik, 2013).

Porównanie klasyfikacji ICD-10, ICD-11 i DSM-5 pokazuje jak zmieniło się podejście do diagnozowania autyzmu od sztywnego podziału na jednostki chorobowe do rozumienia autyzmu jako spektrum. Nowoczesne klasyfikacje (ICD-11 i DSM-5) umożliwiają bardziej indywidualne podejście do diagnozy i terapii, co ma kluczowe znaczenie dla projektowania skutecznych systemów wsparcia, także w środowisku akademickim. Obecnie w Polsce



większość młodych osób ma jeszcze diagnozę postawioną zgodnie z klasyfikacją ICD-10, a kody stosowane w ICD-11 lub DSM-5 są pomijane lub stosowane dodatkowo.

Warto zwrócić też uwagę, że obserwowana od początku XXI wieku „epidemia autyzmu” wynika tylko i wyłącznie ze zmiany kryteriów diagnozowania. W 1990 roku Światowa Organizacja Zdrowia prowadziła do ICD-10 Zespół Aspergera, co pozwoliło na stawianie tego rozpoznania w sytuacjach, które wcześniej nie były ujęte w klasyfikacjach, natomiast w 1994 roku opublikowano DSM-IV, gdzie było drobny błąd i zastąpienie słowa „oraz” słowem „lub”, co spowodowało lawinowy wzrost rozpoznań (Silberman, 2021).

Przy omawianiu klasyfikacji autyzmu warto wspomnieć o pojęciu „neuroróżnorodności” (ang. *neurodiversity*). Socjolog Judy Singer określiła tak zmienność mózgu w zakresie koncentracji, uczenia się, otwartości, nastroju, ale ta zmienność nie oznaczała patologii. Obecnie neuroróżnorodność to odmienność połączeń neuronalnych w mózgu w różnych osobach. Uważa się, że ta odmienność wpływa na różnice w funkcjonowaniu osób w spektrum autyzmu, a także na diagnozowanie i klasyfikowanie objawów (Sumiła, Szostakiewicz, Bogotko, Pawłowicz, 2022).

Współcześnie odchodzi się od stosowania określenia niskofunkcjonujący i wysokofunkcjonujący. Specyfika spektrum polega na tym, że osoba z niskimi funkcjami w jednym obszarze, może mieć wysoki poziom funkcjonowania w innej dziedzinie. Przykładowo, osoba z wysoką inteligencją może mieć na bardzo niskim poziomie umiejętności społeczne lub odbieranie bodźców sensorycznych, co uniemożliwia jej swobodne funkcjonowanie w społeczeństwie.

Nowe podejście do klasyfikowania autyzmu przedstawili w ostatnim roku naukowcy z Uniwersytetu Princeton i Instytutu Flatiron. W lipcu 2025 roku opublikowano artykuł, w którym przedstawili koncepcję dotyczącą podziału zaburzeń ze spektrum autyzmu na cztery odrębne podtypy ze względu na różnice genetyczne i behawioralne. Podtypy te zostały opisane jako:

- społeczny i/lub behawioralny - największa grupa, 37%, która osiągnęła na czas wczesne etapy rozwoju, ale później często zmagająca się z innymi zaburzeniami – np. ADHD, zaburzenia lękowe, depresyjne, obsesyjno-kompulsyjne.
- z umiarkowanymi trudnościami, wyzwaniem - jedna trzecia osób, grupa ta wykazywała objawy autyzmu (problemy społeczne, komunikacyjne, powtarzalne zachowania), ale objawy te były łagodniejsze i nie mieli opóźnień rozwojowych.



- mieszany z opóźnieniami rozwojowymi - 19% osób, mieli wczesne opóźnienia rozwojowe, ale nie było zaburzeń lękowych, depresyjnych lub zachowań destrukcyjnych. Członkowie tej grupy wykazują duże różnice w zakresie problemów społecznych i zachowań powtarzalnych.
- szeroko dotknięty, o bardzo powszechnym wpływie - 10% osób z autyzmem, grupa ta zmagająca się z największymi problemami: opóźnieniami rozwojowymi, trudnościami w komunikacji i interakcjach społecznych oraz powtarzalnymi zachowaniami. Problemy dotyczyły każdego aspektu życia (Storey, 2025).

1.3. Funkcjonowanie w uczelni studentów w spektrum autyzmu

W poprzednim rozdziale wskazano jakie są kryteria diagnostyczne spektrum autyzmu i jak bardzo zróżnicowana jest grupa osób z tą diagnozą. Posiadanie poszczególnych objawów autystycznych wpływa istotnie na funkcjonowanie w społeczeństwie i ma odzwierciedlenie w tym jak studenci z ASD funkcjonują w środowisku akademickim.

Paulina Kaczmarczyk, która jest studentką i samorzeczniczką, wskazuje, że największe bariery jakie spotykają neuroatypowi studenci na uczelni to: bariery sensoryczne, społeczne i organizacyjne. 80% studentów ma problemy z koncentracją podczas zajęć, ponad połowa studentów unika tłocznych miejsc, a 60% studentów z autyzmem ma trudności w nawiązywaniu kontaktów towarzyskich. Jednocześnie 67% studentów w spektrum autyzmu uważa, że nie posiada skutecznych strategii radzenia sobie ze stresem (2025).

Warto podkreślić, że w przypadku silnego stresu lub przeciążenia sensorycznego, osoby z ASD mogą doświadczać takich stanów jak meltdown lub shutdown, które zostaną omówione w kolejnych rozdziałach.

Studenci w spektrum autyzmu zwykle muszą, już od etapu rekrutacji i początku pierwszego roku studiów, nauczyć się zupełnie nowego stylu życia. Okres nauki w szkole ponadpodstawowej najczęściej połączony był ze wsparciem rodziny, a niektórzy uczniowie w spektrum autyzmu posiadali orzeczenie o kształceniu specjalnym i korzystali z licznych udogodnień wynikających z zaleceń poradni psychologiczno-pedagogicznych. Dlatego zakończenie szkoły i rozpoczęcie życia studenckiego nazywane jest nawet „porzuceniem edukacyjnym”. Na etapie szkolnictwa wyższego studenci są zobowiązani do samodzielności,



opanowania nowego rozkładu zajęć, a także stosowania się do nowych reguł społecznych. Według Tony'ego Attwooda (2021) studenci w spektrum autyzmu potrzebują wsparcia mentorów akademickich, którzy pomogą im zrozumieć te zasady, nauczą planowania zajęć oraz nauki własnej. Wykładowcy powinni zwracać uwagę na to, że studenci mogą mieć problem z pracą w grupie, w radzeniu sobie z emocjami. Mogą być też nadmiernie wrażliwi na krytykę i porażki, albo wręcz przeciwnie, pozostawać obojętni na uwagi innych.

Najważniejsze obszary, w których mogą występować trudności podczas funkcjonowania w środowisku akademickim to: interakcje z innymi studentami, wykładowcami, pracownikami administracyjnymi, przeciążenie sensoryczne, powtarzalne zachowania, brak elastyczności i problem z radzeniem sobie ze zmianami, organizacja pracy własnej, a także radzenie sobie z trudnościami (Płatos, Cychowska, Płucienniczak, Pisula, 2023).

Sztywność myślenia studentów w spektrum autyzmu może polegać na uporczywym trzymaniu się jednej idei, silnym zainteresowaniu jakimś zagadnieniem, co może pozytywnie przekładać się na poznanie go w stopniu przekraczającym zakres programu studiów. Może też objawiać się przywiązaniem do schematów i niechęcią do zmian, co skutkuje tym, że zmiana sali lub prowadzącego może wywołać u takiego studenta silny lęk. Problemem dla wykładowców i pozostałych studentów są, występujące u niektórych osób w spektrum, stymy, czyli nietypowe, często powtarzane ruchy ciała czy zachowania. Występują one głównie w sytuacjach stresowych, ale mogą być też objawem radości. Może to być kiwanie się, stukanie, mruczenie, cmokanie, poruszanie rękami, palcami lub przedmiotami.

Studenci z ASD mogą mieć problem z kontrolowaniem swojego zachowania, np. przerywają wypowiedzi innych osób, nie mogą się powstrzymać od odpowiedzi na jakies pytanie lub od zadania wykładowcy kolejnego pytania. Problemem może być też koncentracja podczas zajęć, które nie są dla nich wyjątkowo interesujące. Osoby w spektrum autyzmu mogą sobie nie poradzić z planowaniem zadań lub z pilnowaniem terminów. Z drugiej strony, niektórzy z nich mają duży problem z nadmierną kontrolą, perfekcjonizmem i np. nigdy się nie spóźniają.

U osób w spektrum autyzmu zwykle spotykamy się z nietypowym przebiegiem procesów sensorycznych. Intensywne światło, kolory, zapachy, hałas, a nawet niesłyszalne dla innych osób dźwięki, mogą negatywnie wpłynąć na samopoczucie studentów. Ważna jest organizacja przestrzeni i umożliwienie studentom uniknięcia tłumów. Zachowania osób



w spektrum mogą być niezrozumiałe dla otoczenia, ale należy pamiętać, że upał, tłok, zapachy ze stołówki, głośna muzyka, które nie przeszkadzają neurotypowym studentom, u osób z ASD mogą wywoływać silne napięcie i wyczerpanie.

Podczas ćwiczeń, wykładów i egzaminów wspomniane wcześniej problemy sensoryczne mogą spowodować, że nieistotny dla innych osób hałas, np. stukanie ołówkiem lub dźwięk projektora, uniemożliwi studentowi w spektrum prawidłowe funkcjonowanie. Trudności podczas zaliczeń i egzaminów mogą być też związane z wyczeraniem na emocje grupy i odczuwaniem tych emocji w zwielokrotniony sposób.

Dużym problemem dla studentów z ASD są kontakty z dziekanatem lub sekretariatem do spraw studenckich, wynikające z trudności społecznych i komunikacyjnych. Ze względu na specyfikę neuroatypowości studenci mogą mówić bardzo mało albo zadawać mnóstwo pytań, mogą być wycofani lub nadmiernie bezpośredni, mówić bardzo szybko lub bardzo wolno, zachowywać się biernie lub zbyt asertywnie i nieuprzejmie. Najlepszą formą wsparcia jest zapewnienie pracownikom szkoleń z zakresu neuro różnorodności oraz wyczeranie na potrzeby studentów. W przypadku studentów neuroatypowych dużym ułatwieniem może być kontakt mailowy zamiast osobistego oraz zapewnienie możliwości załatwiania formalności z pomocą osoby trzeciej, którą może być członek rodziny, znajomy lub inny student. Zadaniem takiej osoby jest zwykle pomoc w komunikowaniu się z pracownikiem administracyjnym i wytłumaczenie procedur.

Omawiając funkcjonowanie studentów w spektrum autyzmu w środowisku akademickim warto też zwrócić uwagę na mocne strony tych osób. Tony Attwood podkreśla, że są oni uczciwi i mają duże poczucie sprawiedliwości społecznej, łatwo znajdują błędy i zwracają uwagę na szczegóły, są dokładni i wytrwali, myślą logicznie i często rozwiązują problemy w oryginalny sposób (2021). Według Hansa Aspergera „*wśród cenionych badaczy bezsprzecznie można znaleźć wiele osób z autyzmem*” (Silberman, 2021, s. 106).

Potencjał intelektualny osób rozwijających się w spektrum autyzmu potwierdzają badania przytoczone przez Joannę Ławicką. Podaje ona, że w badaniu rodzin szczególnie uzdolnionych matematyków wskazano dziewięciokrotnie wyższe prawdopodobieństwo zdiagnozowania autyzmu niż w populacji ogólnej. Potwierdzono też, że w regionach wysoko rozwiniętych pod względem informatycznym jest więcej osób w spektrum autyzmu, czego przykładem jest tzw. Dolina Krzemowa (Ławicka, 2019).



1.4. Wsparcie oferowane studentom w spektrum autyzmu przez uczelnie

Studenci w spektrum autyzmu mogą korzystać z wielu rodzajów wsparcia oferowanego przez uczelnie. Największym problemem może być dotarcie do tych informacji i złożenie odpowiednich wniosków. Na większości uczelni studenci neuroatypowi mogą liczyć na tzw. racjonalne usprawnienia procesu studiowania, zwane też dostosowaniami procesu kształcenia. Według definicji obowiązującej na Uniwersytecie Jagiellońskim racjonalne usprawnienia to rozwiązania lub zmiany w procesie kształcenia. Ich celem jest wyrównanie szans edukacyjnych osób ze szczególnymi potrzebami. Dzięki usprawnieniom, osoby te mogą korzystać ze studiowania na zasadzie równości. Usprawnienia nazwano racjonalnymi, ponieważ ich stosowanie nie może być nadmiernym obciążeniem dla pracowników i nie może obniżyć kryteriów merytorycznych (Uniwersytet Jagielloński, 2026).

Inną formą dostosowania jest korzystanie z indywidualnej organizacji studiów. *Zarządzenie nr 170 Rektora Uniwersytetu Warszawskiego z dnia 13 sierpnia 2020 r. w sprawie form wsparcia dla studentów i doktorantów z niepełnosprawnościami lub chorobami przewlekłymi* wskazuje, że indywidualna organizacja studiów (IOS) polega na zmianie: trybu zdawania egzaminów, uzyskiwania zaliczeń, sposobu uczestnictwa w zajęciach, organizacji cyklu kształcenia i dotyczy realizacji programu całych studiów (Szymańska i in., 2023).

Dostosowania procesu dydaktycznego dla studentów w spektrum autyzmu obejmują zwykle wydłużenie czasu na egzaminach, kolokwiach – najczęściej o 30%, a także zmianę formy egzaminu z pisemnej na ustną lub odwrotnie. Studenci mogą też korzystać ze zwiększenia liczby dopuszczalnych nieobecności na zajęciach, bez konieczności ich usprawiedliwiania. Czasami pojawia się możliwość zdawania egzaminów indywidualnie lub w małych grupach, ale na najbardziej obleganych kierunkach nie jest to stosowane ze względów organizacyjnych. W decyzjach dotyczących dostosowań pojawiają się też zapisy o możliwości korzystania ze słuchawek wygłaszających, chociaż często nie spotykają się one z przychylnością wykładowców, którzy obawiają się, że słuchawki te mogą mieć dodatkowe funkcje i umożliwiać studentom nieuczciwe zachowania podczas egzaminów.



Wypożyczalnia słuchawek wygłuszających

W sytuacji, gdy niektóre uczelnie nie wyrażają zgody na używanie słuchawek, inne, wśród nich Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie zapewniają takie słuchawki bezpłatnie swoim studentom. Biuro ds. Osób z Niepełnosprawnością (BON) tego uniwersytetu od 2024 roku wypożycza słuchawki wygłuszające firmy Uvex. Słuchawki są dostępne dla studentów zarejestrowanych w BON, którzy zgłosili taką potrzebę. Są one przeznaczone dla osób ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, szczególnie dla tych, które potrzebują wyciszenia podczas zajęć, egzaminów lub pracy własnej. Mogą być też wykorzystywane podczas przerwa między zajęciami. Słuchawki są wypożyczane w BON, można z nich korzystać tylko w czasie przebywania na terenie uczelni i muszą być każdorazowo zwrócone tego samego dnia lub w wyjątkowych sytuacjach następnego dnia rano (Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, 2026).

Asystent dydaktyczny

Asystent dydaktyczny, w odróżnieniu od asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej, skupia się na wspieraniu osób studiujących w procesie edukacyjnym. Jego pomoc obejmuje aspekty związane z rozwojem akademickim i zdobywaniem wiedzy. Nie może wyręczać osoby studiującej, ale udziela jej odpowiedniego wsparcia. Pomoc asystenta dydaktycznego może polegać na notowaniu treści wykładów i przygotowywaniu materiałów dydaktycznych i naukowych, wspólnym opracowaniu zagadnień, które mogą się pojawić na egzaminie, albo wsparciu studenta z ASD w korzystaniu z zasobów bibliotecznych. Powinien on też monitorować postępy studenta, dostosowywać plan pracy do potrzeb, a także wspierać studenta w kontaktach z rówieśnikami i wykładowcami. Najważniejsza w funkcji asystenta osoby w spektrum autyzmu jest zasada wspierania, a nie wyręczania (Białek, Bylica, Perdeus-Białek, Wasłowicz-Marczak, 2024).

Według danych Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego w 2021 roku 40 uczelni w Polsce wdrożyło program indywidualnego wsparcia dla studentów z zaburzeniami ze spektrum autyzmu. Wsparcie to było finansowane z Funduszy Europejskich w ramach programu „Dostępność Plus”. Pierwszy pomysł, aby wskazać osobę, która będzie pomagała studentowi w spektrum w funkcjonowaniu w środowisku akademickim, powstał na Uniwersytecie im. Adama Mickiewicza w Poznaniu. Asystentem mogły zostać osoby po



odpowiednim przeszkoleniu i byli wśród nich pracownicy uczelni, studenci wyższych lat oraz absolwenci (Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego, 2026).

Opieka tutora

Poza wspomnianą wyżej funkcją asystenta dla osoby w spektrum autyzmu, ważną rolę pełni dodatkowy mentoring oraz tutoring. Na niektórych uczelniach rolę mentora lub tutora może pełnić pracownik dydaktyczny, który ma rozliczane takie zajęcia w ramach pensum dydaktycznego. Taka forma zajęć dydaktycznych jest dostępna nie tylko dla studentów w spektrum autyzmu, ale także dla innych, którzy potrzebują pomocy w organizacji nauki, wyborze zainteresowań naukowych i dalszej ścieżki rozwoju. Inne szkoły wyższe wprowadzają nieformalny tutoring studencki dla osób w spektrum autyzmu. Wsparcie tutora obejmuje głównie udzielanie informacji organizacyjnych i formalnych. Takie osoby pomagają podczas rejestracji na zajęcia i egzaminy, przypominają o zbliżających się terminach oraz zasadach korzystania z systemów ogólnouczelnianych takich jak USOS. Mogą też przekazywać studentom kontakt do miejsc, w których mogą otrzymać oficjalne wsparcie na uczelni. Tutorzy mogą też udzielać informacji o sposobach załatwiania formalności związanych z tokiem studiów. Najistotniejsza dla neuroatypowych studentów jest pomoc tutora w kontakcie z dziekanatem oraz wykładowcami, a zwłaszcza wspólne pisanie maili, podań, wniosków (Uniwersytet Warszawski, 2026).

Pokoje wyciszenia

Jedną z najnowszych i najszybciej rozwijających się inicjatyw na uczelniach w zakresie wsparcia studentów w spektrum są pokoje wyciszenia. Wiele z nich powstało dopiero w ostatnim roku. Pokoje te różnią się bardzo wyposażeniem i dostępnością. Na niektórych uczelniach są to pomieszczenia wyposażone tylko w sofę lub fotel, ale umożliwiające studentom odizolowanie się od bodźców zewnętrznych. Są też uczelnie, które zaprojektowały te pokoje tak, aby spełnione zostało jak najwięcej potrzeb studentów neuroatypowych. W ramach wyposażenia takich pokoi mogą się znaleźć: słuchawki wyciszające, fotele masujące, koce obciążeniowe, lampy umożliwiające regulację światła, rolety ograniczające światło słoneczne. Jednym z modelowych przykładów jest pokój wyciszenia w Państwowej Akademii Nauk Stosowanych we Włocławku, który został zaprojektowany tak, aby zaspokoić



potrzebę ciszy, spokoju oraz wytchnienia od bodźców zewnętrznych. Celem tego projektu była też również pomoc w radzeniu sobie z emocjami i zredukowanie napięcia. W pokoju zapewniono panele wyciszające na jednej ze ścian, a na drugiej ścianie znajduje się tapeta z widokiem lasu. W pokoju jest wygodna kanapa oraz fotel z funkcją masażu. Oświetlenie zostało odpowiednio dobrane, jest ciepłe i nastrojowe. W pokoju znajdują się również rośliny. Pomieszczenie jest bardzo przytulne, a panująca w nim atmosfera zachęca do relaksu i pozwala na zapomnienie o tym, że jest się w budynku uczelni. Pokój jest dostępny w godzinach otwarcia budynku dla wszystkich studentów lub pracowników potrzebujących odpoczynku. Klucze wydaje pracownik portierni, nie ma obowiązku przedstawiania dokumentów potwierdzających specjalne potrzeby. Takie rozwiązanie wydaje się wystarczające w przypadku mniejszych uczelni, natomiast w przypadku większych uczelni z dużą liczbą studentów zdarzają się zapisy umożliwiające korzystanie z tego pokoju tylko osobom, które zgłosiły taką potrzebę w jednostce zajmującej się wsparciem osób z niepełnosprawnościami, tak aby osoby nieuprawnione nie blokowały dostępu osobom ze specjalnymi potrzebami sensorycznymi (Państwowej Akademii Nauk Stosowanych we Włocławku, 2026).

Odpowiednikiem pokoju wyciszenia są też **kabiny akustyczne**, które w grudniu 2025 roku zainstalowała Politechnika Śląska. Są to niewielkie, wyciszone pomieszczenia, z których mogą korzystać studenci i pracownicy, którzy czują przeciążenie sensoryczne lub są zestresowani w danym momencie, w szczególności osoby w spektrum autyzmu lub z ADHD. Decyzja o zamontowaniu kabin związana była z wynikami badań przeprowadzonych na uczelni, które potwierdziły, że tłok, hałas i intensywne bodźce utrudniają studentom koncentrację; przeciążenie sensoryczne obniża komfort nauki i dobrostan psychiczny; zgłaszano potrzebę utworzenia miejsca, w którym będzie możliwa krótka regeneracja pomiędzy zajęciami. Kabiny akustyczne w Politechnice Śląskiej ograniczają hałas z otoczenia, mają zamontowane stonowane oświetlenie oraz zastosowano w nich przyjazne materiały. Realizacja tego projektu została sfinansowana z Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych. Interesujące jest, czy taka forma wsparcia będzie rzeczywiście przydatna dla osób w spektrum. Wątpliwości mogą budzić niewielkie rozmiary oraz przeszklenia, które nie zapewniają efektu odizolowania się od osób z zewnątrz (Politechnika Śląska, 2026).



Grupy wsparcia

Grupy wsparcia dla studentów w spektrum autyzmu to miejsca, gdzie studenci mogą spotkać się z innymi osobami w podobnej sytuacji i z podobnymi potrzebami. Spotkania te mają formę mniej lub bardziej oficjalną. Mogą być prowadzone przez specjalistę w formie zbliżonej do terapii grupowej, ale mogą być również miejscem swobodnych spotkań bez osób pełniących funkcje organizacyjne. Przykładem takiej formy wsparcia jest Klub dla osób neuroróżnorodnych utworzony na Uniwersytecie Warszawskim w ramach Centrum Pomocy Psychologicznej. Spotkania klubu odbywają się raz w tygodniu i składają się na nie warsztaty rozwojowe, zajęcia kreatywne, wspólne gry planszowe, luźne rozmowy, a także wyjścia integracyjne. Spotkania są skierowane zwłaszcza do osób, które mają trudność w nawiązywaniu nowych relacji, nie radzą sobie w sytuacjach społecznych. Podczas tych spotkań mogą rozwijać swoje kompetencje, a także uczyć się planowania nauki, radzenia sobie z emocjami (Uniwersytet Warszawski, 2026).

Wsparcie psychologiczne

Aktualnie większość uczelni zapewnia studentom pomoc psychologiczną. Pomoc ta ma zazwyczaj charakter interwencji kryzysowej lub konsultacji i psychoedukacji. Najczęściej jest ograniczona do kilku spotkań i nie zastępuje psychoterapii, ale jej zadaniem jest pomoc studentowi w znalezieniu odpowiedniej długoterminowej pomocy poza uczelnią.

Wzorcowym przykładem funkcjonowania tego typu wsparcia jest SOWA, czyli Studencki Ośrodek Wsparcia i Adaptacji Uniwersytetu Jagiellońskiego. Personel ośrodka to kilkunastu psychologów, psychoterapeutów, interwentów kryzysowych oraz psychiatra. Ich praca poddawana jest superwizji i omawiana na cotygodniowych spotkaniach zespołu. SOWA oferuje krótkoterminowe wsparcie psychologiczne, a także wsparcie w kryzysie. Studenci mogą korzystać z konsultacji stacjonarnych lub online. Zwykle jest to kilka konsultacji odbywających się raz w tygodniu. Na stronie internetowej ośrodka znajduje się przewodnik, który pozwala studentom na zapoznanie się z miejscem, w którym będą mieć konsultacje, jeszcze przed pierwszą wizytą. Organizowane są warsztaty relaksacyjne, wykłady dotyczące radzenia sobie ze stresem. Na stronie internetowej oraz w mediach społecznościowych ośrodka można znaleźć liczne materiały psychoedukacyjne, nagrania dotyczące uważności i medytacji, informacje o nadchodzących wydarzeniach. Aktualizacje wszystkich niezbędnych informacji, rozbudowany dział FAQ – często zadawane pytania,



a także przedprzewodnik sprawiają, że jest to miejsce wyjątkowo przyjazne dla osób w spektrum autyzmu. Planowane jest również uruchomienie grupy terapeutycznej dla osób neuroatypowych (Uniwersytet Jagielloński, 2026).

Mimo, że większość uczelni w Polsce zapewnia studentom rozbudowane formy wsparcia, to według badań przeprowadzonych w 2022 roku przez zespół badaczy pod kierownictwem Ewy Pisuli i Mateusza Płatosza z Uniwersytetu Warszawskiego, tylko połowa studentów z diagnozą spektrum autyzmu korzystała z jakiegokolwiek dostosowania podczas studiów. Autorzy badania podkreślają też, że niektóre z wskazanych dostosowań, takie jak urlop dziekański, były dostępne dla każdego studenta, a nie tylko dla osób z diagnozą spektrum autyzmu (Pisula i in., 2024).

W dalszej części pracy ten temat zostanie pogłębiony i podjęta będzie próba ustalenia, jak dostosowania procesu studiowania oferowane studentom wpływają na ich dobrostan psychiczny.



2. Stres

W codziennym życiu pojęcia stres, strach i lęk są często używane zamiennie. Niepokój, nerwowość, poruszenie, poddenerwowane, strach, rozdrażnienie, obawa – te słowa opisują stany związane z lękiem i stresem. W tym rozdziale oraz w kolejnym podjęta zostanie próba rozróżnienia i zdefiniowania tych pojęć, ich przyczyn oraz skutków. Warto podkreślić, że występowanie tych emocji jest normalne i niezbędne do przeżycia. Problem zaczyna się, gdy są one zbyt silne i powodują nadmierną reakcję organizmu na zwyczajne, codzienne sytuacje, przez co utrudniają funkcjonowanie lub zwiększają ryzyko innych chorób.

2.1. Stres – pojęcie i definicje

Słowo stres początkowo było stosowane w naukach ścisłych i określało działającą siłę, której działanie powoduje naprężenie lub zniekształcenie. Pierwsze badania nad stresem prowadził na początku XX wieku Cannon, który jest twórcą pojęcia „walcz albo uciekaj”, a za stres uznawał sytuację, w której następuje silne pobudzenie układu nerwowego i wydzielanie hormonów. Już wtedy odkrył, że reakcja na stres następuje na poziomie przysadki i kory nadnerczy, w wyniku czego wydzielane są kortyzol, adrenalina i noradrenalina. Badania Cannona kontynuował Sayle, według jego teorii stres to reakcja na zagrożenie zewnętrzne. W swoich badaniach skupił się na długotrwałych skutkach przewlekłego stresu. Jest twórcą pojęcia GAS – ogólny zespół adaptacyjny (ang. *general adaptation syndrome*), który składa się z trzech etapów: alarmu, odporności i wyczerpania. Zauważył też, że przewlekły stres powoduje powiększenie nadnerczy, zmniejszenie grasicy oraz powstawanie wrzodów żołądka (Grygorczuk, 2008).

W przypadku stresu, podstawowym pojęciem jest stresor, czyli element świata zewnętrznego, który sprawia, że dana osoba traci homeostazę - stan równowagi organizmu. Reakcja stresowa to natomiast wszystko to co dzieje się w organizmie, aby stan równowagi został przywrócony. Rozważania na temat stresu są proste w przypadku zwierząt, bo one nie odczuwają stresu z powodu zagrożeń, które mogą pojawić się w przyszłości. Reakcje stresowe, które organizm człowieka otrzymał w genach, były nastawione na krótkotrwałe kryzysy związane z realnymi, fizycznymi zagrożeniami w aktualnej sytuacji i ich celem było zapewnienie przetrwania (Sapolsky, 2024).



Stres w psychologii definiowany jest zarówno jako bodziec, reakcja na bodziec oraz relacja między człowiekiem a bodźcem. Według modelu transakcyjnego Lazarusa i Folkman stres był definiowany jako relacja danej osoby z otoczeniem, która według tej osoby obciąża jej zasoby i pogarsza samopoczucie. Podkreślana jest w tej definicji rola subiektywnej oceny otoczenia. Pojawiły się też opinie, że nieaktualne jest traktowanie stresu jako bodźca. Nadal jednak za obiektywne i uniwersalne stresory dla ludzi i zwierząt uznawane były realne zagrożenie życia, wypadki, kataklizmy i katastrofy. Stres można też zdefiniować jako reakcję na zagrożenie utraty zasobów. W 1996 roku Strelau zaproponował definicję, w której „*stan stresu spowodowany jest brakiem równowagi (wystąpieniem rozbieżności) pomiędzy wymaganiami a możliwościami jednostki co do radzenia sobie z nimi*” (Strelau, Jaworowska, 2020, s. 8).

Wśród dodatkowych pojęć związanych ze stresem pojawiają się te, które wskazano w Kwestionariuszu Poczucia Stresu – KPS autorstwa Plopy i Makarowskiego (2010). Pojawiają się tam takie definicje jak stres intrapsychoiczny (dotyczący konfrontacji z samym sobą) oraz stres zewnętrzny (dotyczący konfrontacji z obciążeniami ze świata zewnętrznego i społecznego).

Stres może być też definiowany jako zmiana. W latach 60-tych XX wieku Holmes i Rahe z Uniwersytetu w Waszyngtonie zrobili listę stresujących sytuacji, zmian, które człowiek może spotkać w trakcie życia. Przypisali im też wartości liczbowe od 1 do 100. Na liście tej znalazły się zarówno trudne sytuacje jak śmierć małżonka, rozwód, zwolnienie z pracy, jak i wydarzenia radosne takie jak ślub, urodzenie dziecka, awans w pracy. Zauważono, że nawet pozornie dobre i radosne zmiany mogą zwiększać prawdopodobieństwo choroby w następnym roku po ich wystąpieniu, tak samo jak w przypadku zmian negatywnych. Reakcja organizmu na wszystkie zmiany i związana z nią podatność na choroby jest uzależniona głównie od zdolności adaptacyjnych konkretnej osoby (Kabat-Zinn, 2014).

Wspomniany wyżej Seyle jest też twórcą podziału na „dobry stres” czyli eustres oraz „zły stres” czyli dystres. Eustres jest pozytywną, przyjazną dla zdrowia odpowiedzią na stresory. Może działać motywująco, wspierać organizm w drodze do rozwoju. Dystres jest negatywny, trudno go opanować, a jego wpływ jest destrukcyjny dla zdrowia fizycznego i psychicznego (Kaczmarska, Curyło-Sikora, 2016). Obecnie w literaturze wyróżnia się też neustres, czyli wydarzenia, które ma neutralny wpływ na organizm człowieka, nie wywołuje reakcji.



Wśród pojęć związanych ze stresem pojawia się także mikrostress. Aktualnie uważa się, że mikrostress, czyli chroniczny umiarkowany stres, może być przyczyną traumatyzacji i rozwinięcia zespołu stresu pourazowego PTSD lub złożonego zespołu stresu pourazowego C-PTSD. Jest to taki stres, którego poziom nie jest bardzo wysoki, ale nie można go uniknąć, a także dana osoba nie ma czasu na zregenerowanie się przed kolejnym stresującym wydarzeniem. Wśród przyczyn mikrostressu znajdują się między innymi sytuacje niepełnosprawności, a grupą szczególnie na niego narażoną są rodzice i opiekunowie osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych wymagających całodobowej opieki (Sadecka, 2025).

W literaturze dotyczącej stresu pojawia się też pojęcie GHIA, czyli stanu ekstremalnego pobudzenia po traumie (ang. *global high intensity activation*). Występuje on po przeżyciu silnego stresu, gdy organizmie nadal reaguje tak, jakby silny stresor bezpośrednio mu zagrażał, mimo, że jest już w bezpiecznej, kontrolowanej sytuacji. Stan ten bardzo często może prowadzić do zaburzeń somatomorficznych (Sadecka, 2025).

Warto podkreślić, że krótkotrwały, umiarkowany stres jest naturalny i może mieć działanie mobilizujące, nie ma negatywnego wpływu na organizm zdrowego człowieka. Jednak życie w ciągłym stresie, nawet gdy nie jest on bardzo wysoki, wpływa na nasilenie lęku przed przyszłością i znacznie zwiększa ryzyko rozwinięcia zaburzeń lękowych. Dlatego u osób, dla których stres jest codziennością, trudne jest rozróżnienie go od lęku.

Przy omawianiu stresu warto też wspomnieć o pojęciu jakim jest strach. Według Antoniego Kępińskiego (2002) strach jest to lęk przedmiotowy, czyli reakcja na obiektywnie występujące zagrożenie. Jednak reakcja ta może być różna przy tym samym poziomie zagrożenia, ponieważ jest zależna od genetyki, predyspozycji danej osoby oraz jej doświadczeń życiowych. Podkreślane jest też, że strach to zjawisko naturalne, czyli całkiem prawidłowa reakcja na rzeczywiste zagrożenie (Cierpiałkowska, Sęk, 2020).

2.2. Stres – przyczyny i skutki

Z neuropsychologicznego punktu widzenia u podstaw reakcji stresowej leży uruchomienie osi HPA, czyli podwzgórze-przysadka-nadnercza (ang. *hypothalamic-pituitary-adrenal axis*). W sytuacji stresu nadnercza wydzielają adrenalinę, a dodatkowo zakończenia nerwowe współczulne w całym organizmie wydzielają noradrenalinę. Dzięki temu wyrzutowi



substancji, organizm jest w ciągu kilku sekund gotowy do pracy na najwyższym poziomie. W odpowiedzi na stres wydzielane są również glikokortykoidy (najważniejszy to kortyzol), które mają dużo dłuższe działanie, nawet do kilku godzin. Kortyzol, nazywany hormonem stresu jest wydzielany przez nadnercza i uruchamia reakcję „walcz albo uciekaj”. Dodatkowo trzustka uwalnia glukagon, który wspólnie z innymi substancjami podnosi stężenie glukozy we krwi. Mózg i przysadka podnoszą poziom substancji działających przeciwbólowo: endorfiny i enkefaliny, a przysadka uwalnia wazopresynę, która wpływa na serce i naczynia krwionośne. Trzustka hamuje też wydzielanie insuliny, żeby zmagazynować energię. Wszystkie te reakcje zostały zaprojektowane w naszym organizmie w procesie ewolucji, aby zwiększyć szanse na przetrwanie w sytuacji realnego zagrożenia (Sapolsky, 2024).

W wyniku tych reakcji układu nerwowego i wydzielania hormonów następuje fizjologiczna reakcja na stres, którą charakteryzuje: szybki oddech, przyspieszone tętno, problemy żołądkowe lub biegunka, napięcie mięśni, silne pocenie się, drżenie mięśni, niezdolność do koncentracji, zneruchomienie, chęć ucieczki (Pittman, Karle, 2018).

W normalnej sytuacji, po krótkotrwałym stresie, organizm uruchamia mechanizmy, które umożliwiają powrót od równowagi, dzięki czemu stabilizuje się oddech, tętno i ciśnienie krwi. Na tym etapie poziomy neuroprzekaźników i hormonów powinny wrócić do normalnego stanu. Problemem dla organizmu jest przewlekły stres, ponieważ poziom neuroprzekaźników i hormonów jest stale rozregulowany, a konsekwencje tego dotyczą całego organizmu.

Znaczne nasilenie sytuacji stresowych i prowadzenie tzw. stresującego trybu życia może w konsekwencji prowadzić do wielu chorób. Najważniejsze z nich to choroby układu sercowo-naczyniowego, a zwłaszcza zawał serca lub udar mózgu. Nazywane są one chorobami cywilizacyjnymi. Zwykle zaczyna się to od przewlekłego nadciśnienia, co obciąża ściany serca i powoduje przerost lewej komory. Pojawiają się też uszkodzenia naczyń krwionośnych, nawracające stany zapalne wewnątrznaczyniowe i w konsekwencji powstawanie blaszek miażdżycowych. Zbadano, że stan zapalny jest dużo większym czynnikiem ryzyka zawału niż podwyższony poziom cholesterolu. Jeśli układ krwionośny jest już obciążony i niewydolny, a w naczyniach krwionośnych znajdują się zmiany miażdżycowe, to kolejny silny stres powoduje zwężenie tętnic wieńcowych, zamiast ich rozszerzenia jak u zdrowego organizmu. W konsekwencji może to prowadzić do nagłej śmierci sercowej z powodu stresu. Naukowcy stwierdzili, że silne, negatywne emocje dwukrotnie zwiększają ryzyko zawału serca w ciągu 2 godzin od wystąpienia stresu. Odrzucające się w sytuacji silnego stresu blaszki miażdżycowe,



poza zawałem serca, mogą po dostaniu się do mózgu spowodować udar niedokrwienny (Sapolsky, 2024).

Kolejne ryzyko przewlekłego stresu to wystąpienie cukrzycy i zespołu metabolicznego. Związane jest to z uwalnianymi się podczas reakcji stresowych hormonami, które zwiększają poziom glukozy i hamują wydzielanie insuliny. Długotrwałe reakcje stresowe mogą zaburzyć homeostazę i stabilne poziomy glukozy oraz insuliny we krwi (Sapolsky, 2024).

Stres wpływa też na układ pokarmowy. Hormony uwalniane przez podwzgórze mogą hamować apetyt, natomiast glikokortykoidy pobudzają apetyt. Dlatego u różnych osób mogą być odmienne reakcje na stres, u 2/3 badanych osób występuje hiperfagia, czyli wzrost apetytu, a u pozostałych hipofagia, czyli jego spadek. Glikokortykoidy zwiększają zwłaszcza apetyt na pokarmy z dużą ilością cukru i tłuszczu. Dodatkowo podczas stresu blokują się procesy trawienia. Pierwszym z nich jest ograniczenie wydzielania śliny, co objawia się uczuciem suchości w ustach, następnie zmniejsza się dopływ krwi do jelit i żołądka, a ich normalne ruchy zostają zatrzymane. Organizm może też zdecydować się na opróżnienie układu pokarmowego, aby trawienie nie obciążało organizmu podczas reakcji „walcz lub uciekaj”. Pojawia się wtedy biegunka i wymioty lub nudności. W konsekwencji przewlekły stres może wywoływać wrzody żołądka oraz zespół jelita drażliwego (Sapolsky, 2024).

Dodatkowe skutki przewlekłego stresu to zaburzenia odporności, zwiększenie ryzyka chorób nowotworowych, zaburzenia układu rozrodczego i płodności. Stwierdzono też, że przewlekły stres niszczy komórki nerwowe hipokampa i w konsekwencji powoduje istotne zaburzenia pamięci. Jest to związane głównie z działaniem glikokortykoidów. Paradoksalnie, ten sam silny stres i glikokortykoidy sprawiają, że ciało migdałowate się powiększa, a neurony wytwarzają dodatkowe wypustki, co wpływa na zwiększenie silnych reakcji lękowych (Sapolsky, 2024).

Konsekwencją silnego stresu może być zespół stresu pourazowego - PTSD (ang. *Post-Traumatic Stress Disorder*), który został uznany za zaburzenie w 1980 roku. Aktualnie ocenia się, że PTSD występuje w ciągu życia średnio u 10-16% społeczeństwa. Pojawia się głównie po kataklizmach, katastrofach, wypadkach, byciu ofiarą przemocy i innych trudnych doświadczeniach, których było się bezpośrednim uczestnikiem lub świadkiem, który miał poczucie bezradności. Wśród objawów PTSD występują powracające wspomnienia i negatywne myśli, poczucie, że ponownie przeżywa się zdarzenie, które wywołało traumę. Objawy mogą też obejmować unikanie lub pobudzenie, które może powodować wybuchy



złości, problemy ze snem, zaburzenia koncentracji. U niektórych osób może wystąpić amnezja dysocjacyjna, czyli brak wspomnień związanych z traumatycznym wydarzeniem. Nie każda osoba, która doświadczyła traumy będzie miała zespół stresu pourazowego. Ma na to wpływ to jak dana osoba funkcjonowała przez traumą i jakie miała indywidualne cechy, a także to jakie otrzymała wsparcie społeczne w trakcie i po traumatycznym wydarzeniu. Z doświadczeniem silnego stresu wiąże się też pojęcie wzrostu potraumatycznego, gdy po silnym stresie i trudnych doświadczeniach pojawiają się pozytywne zmiany w funkcjonowaniu danej osoby. Występowanie wzrostu potraumatycznego związane jest głównie z interpretacją sytuacji i rozpoznania swoich mocnych stron, zasobów i sposobów radzenia sobie ze stresem (Cierpiałkowska, Sęk, 2020).

W 2018 roku wprowadzono do klasyfikacji ICD-11 nowe pojęcie: C-PTSD, czyli złożony zespół stresu pourazowego (ang. *Complex Post-Traumatic Stress Disorder*). Zaburzenie to pojawia się, gdy trauma jest powtarzalna i interpersonalna, najczęściej pojawiająca się ze strony opiekuna. Ta trauma nazywana jest odpowiedzialnością na wstyd, gdy osoba, od której jest się zależnym i która powinna sprawować opiekę, jednocześnie krzywdzi i zagraża poczuciu bezpieczeństwa. Trudno też jest wskazać konkretny początek i koniec trwania takiej traumy, dlatego późniejsze zaburzenia posttraumatyczne też są niespecyficzne i obejmują poza zwykłymi objawami PTSD, zaburzenia w obrazie samego siebie, problemy w relacjach oraz trudności w rozpoznawaniu i regulacji emocji (Sadecka, 2025).

2.3. Radzenie sobie ze stresem

Pełna reakcja na stres i zagrożenie polega na kilku etapach. Pierwszy z nich to zaalarmowanie i zatrzymanie, czyli pojawia się bodziec, wystrzają się zmysły, a układ nerwowy stara się wstępnie oszacować zagrożenie. Aby je prawidłowo ocenić konieczne jest chwilowe zatrzymanie. Kolejny etap to zorientowanie się, czyli ocena, czy znany jest już ten bodziec, czy jest on niebezpieczny i czy dana osoba ma zasoby, aby sobie z nim poradzić. Następny etap to odpowiedź na zagrożenie. Może to być walka, ucieczka, zamrożenie lub wołanie o pomoc. Osoba przeżywająca stres może się też oprzeć się na zaufanej osobie, która jest obok i zapewnia bezpieczeństwo. Następny etap to dopełnienie reakcji na stresor, czyli zwykle poczucie ulgi, że udało się opanować sytuację. Ostatni etap, niezbędny do



prawidłowego zakończenia reakcji na stres, to powrót do swobodnej eksploracji, czyli poczucia relaksu i swobodnego funkcjonowania (Sadecka, 2025).

Wskazane wcześniej reakcje na stres to fizjologicznie uwarunkowane 3 x F: walka (ang. *fight*), ucieczka (ang. *flight*) lub zamrożenie / przerażenie (ang. *fright*). W stanie walki lub ucieczki tętno, oddech i ciśnienie krwi wzrastają, żeby organizm miał jak najwięcej sił i energii. W stanie zamrożenia objawy są inne, obniżone jest tętno, ciśnienia krwi i częstotliwość oddechów, organizm udaje, że jest martwy. Z ewolucyjnego punktu widzenia ma to sens, gdy nie ma szans na walkę lub ucieczkę, bo zagrożenie jest zbyt blisko. Za tym zamrożeniem na zewnątrz stoi skumulowanie całej energii wewnątrz organizmu i przygotowanie na gwałtowną reakcję, gdy tylko będzie to możliwe. Pojawiają się też opinie naukowców, że u kobiet reakcja na stres może być inna z uwagi na aspekt społeczny. Uważają oni, że zamiast reakcji „walka-ucieczka” u kobiet jest reakcja „opieka-zaprzyjaźnienie” (ang. *tend and befriend*). Wiąże to z opieką nad potomstwem i skupieniem się na budowaniu relacji społecznych. Teoria ta spotkała się z krytyką, a jako dowód przywołano agresję samic, które walczą w obronie swoich dzieci (Sapolsky, 2024).

Z reakcją na stres łączy się też rezyliencja (ang. *resilience*), czyli zdolność do powrotu do równowagi po trudnym doświadczeniu i stresie. Związana jest ona z czynnikami genetycznymi, ale także z ogólnym optymizmem i wsparciem społecznym. Zauważono, że u osób z wysoką rezyliencją, układ nerwowy szybko się aktywuje w odpowiedzi na stres, ale także ta aktywacja szybko opada i następuje pełny powrót do równowagi (Kalat, 2020). Poziom rezyliencji można badać za pomocą stworzonych do tego kwestionariuszy psychologicznych, takich jak *Resilience Scale-25*, który jest też dostępny w wersji polskojęzycznej.

Radzenie sobie ze stresem zazwyczaj opiera się na poznaniu swoich emocji i zrozumieniu jakie zasoby pozwoliły na przetrwanie stresującej sytuacji. Większość autorów podkreśla, że najważniejsze jednak w radzeniu sobie ze stresem jest wsparcie społeczne. Sposobem na korzystanie ze wsparcia społecznego jest koregulacja, czyli obecności drugiej osoby, która jest opanowana, jej układ nerwowy jest w stanie homeostazy, a jednocześnie jest dostrojony do osoby odczuwającej stres. W sytuacji stresu pomocne są też rytuały, czyli wszystko to co daje danej osobie poczucie przewidywalności i bezpieczeństwa (Sadecka, 2025).

Style radzenia sobie ze stresem, zarówno adaptacyjne, jak i nieadaptacyjne, można też wskazać na podstawie CISS - Kwestionariusza Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych.



Podzielono w nim style na: skoncentrowany na zadaniu, skoncentrowane na emocjach, skoncentrowane na unikaniu. W przypadku tego ostatniego wyodrębniono również angażowanie się w czynności zastępcze oraz poszukiwanie kontaktów towarzyskich. Jako adaptacyjny uznano styl skoncentrowany za zadaniu oraz poszukiwanie kontaktów towarzyskich. Nieadaptacyjny jest styl skoncentrowany na emocjach, w którym następuje skupienie się na złości, poczuciu winy, a także odczuwanie silnego napięcia, przygnębienie. Ten styl wpływa na niechęć do podejmowania wyzwań, a w przyszłości grozi wypaleniem i pogłębieniem stresu. Najlepiej ocenianym stylem jest skupienie się w sytuacjach trudnych na wykonaniu zadania, ponieważ wiąże się to z późniejszym poczuciem skuteczności, a osoby które reprezentują ten styl są bardziej zaangażowane w działania i próbują rozwiązać problem i zmienić stresującą sytuację (Strelau, Jaworowska, 2020).

Badania przeprowadzone w 2023 roku polegały na przeglądzie 58 innych badań i potwierdziły, że techniki oddechowe są skuteczne w redukcji stresu, o ile nie są krótsze niż 5 minut i nie opierają się na szybkim oddychaniu. Dla ich skuteczności ważne jest też, aby na początku ćwiczenia były prowadzone pod nadzorem specjalisty. Skuteczność ta występuje, gdy praktykowanie ćwiczeń oddechowych jest systematyczne i długoterminowe (Bentley i in., 2023).

Badany był również wpływ technik radzenia sobie ze stresem, takich jak ćwiczenia oddechowe, medytacja i ruch medytacyjny (tai chi) na wysokość ciśnienia krwi. Potwierdzono, że wszystkie te techniki mają pozytywny wpływ i obniżają ciśnienie skurczowe i rozkurczowe w krótkim okresie czasu. Nie ustalono jednak wpływu długofalowego tych aktywności na ciśnienie, w tym zakresie wymagane są dalsze badania (Webster i in., 2025).

Badania potwierdzają także skuteczność takich metod jak relaksacja mięśniowa, trening autogenny, wizualizacja, stosowanie muzyka relaksacyjnej oraz technik mindfulness (uważności). Potwierdzono w badaniach, że osoby, które regularnie medytują, mają niższy poziom reakcji na stres i większą odporność na bodźce (Kabat-Zinn, 2014).

W badaniach nad stresem stwierdzono istotny wpływ psychoterapii na redukcję objawów stresowych. Wśród metod psychoterapii, które mają potwierdzoną redukcję stresu jest terapia akceptacji i zaangażowania ACT (ang. *Acceptance and Commitment Therapy*), która jest nazywana III falą terapii poznawczo-behawioralnej. Podejście to zostało opracowane w 80. XX wieku przez Stevena Hayes. Terapia ACT nie skupia się na zmianie przekonań i myśli, ale na ich akceptacji. Duże znaczenia ma w niej uważność. Badania przeprowadzone w 2024 roku



potwierdziły, że stosowanie terapii akceptacji i zaangażowania spowodowało umiarkowaną redukcję stresu u badanych dzieci i młodzieży (Binder, Mehl, Resch, Kaess, Koenig, 2024).

Podsumowując metody radzenia sobie ze stresem należy podkreślić, że większość reakcji na stres wynika z mechanizmów biologicznych. Duże znaczenie ma psychoterapia i psychoedukacja, czyli uświadomienie sobie co w życiu danej osoby wywołuje przewlekły stres i jakie mogą być jego skutki.

Najlepszą reakcją na stres jest skupienie się na oddechu i swoim ciele. Pomocne może być również pobudzenie nerwu błędnego poprzez głęboki wydech, ziewanie, mrużenie. Pobudzenie układu nerwowego może zostać zredukowane poprzez pracę z ciałem: kiwanie się, opukiwanie, wprawianie w drżenie. W skrajnych reakcjach stosowany jest też manewr Valsalvy (technika polegająca na próbie wydechu powietrza przy zamkniętych ustach, zatkanym nosie i zamkniętej głośni) lub zanurzenie twarzy w lodowatej wodzie. Na poziomie poznawczym wskazane jest przekierowanie myśli na rzeczy, które są dla danej osoby miłe i bezpieczne (Sadecka, 2025).

2.4. Stres u osób w spektrum autyzmu

Charakterystyczne dla spektrum autyzmu i reakcji na stres są takie zjawiska jak shutdown, meltdown i stimy. Stimowanie polega na wykonywaniu powtarzalnych ruchów ciała w celu samoregulacji i może występować zarówno w sytuacjach trudnych i stresujących, jak i w chwilach radości, podekscytowania. Meltdown to bardzo gwałtowna reakcja na przebodźcowanie lub inne obciążenie, zwykle jest krótkotrwała, ale może być w skrajnych przypadkach zagrożeniem dla zdrowia osoby z autyzmem. Shutdown to odizolowanie, wycofanie z kontaktów społecznych w sytuacji przeciążenia sensorycznego lub silnego stresu (Pachowicz, 2023). Warto podkreślić, że obecnie nie są zalecane terapie, których celem jest ograniczenie stimowania. Jest ono tak istotne dla regulowania układu nerwowego osób w spektrum i radzenia sobie z emocjami, że odebranie tej możliwości może zakończyć się wystąpieniem gwałtownych reakcji takich jak meltdown. Skuteczność stimowania wskazana została we wcześniejszych fragmentach pracy, ponieważ powtarzalny ruch wpływa pobudzająco na nerw błędny i reguluje układ nerwowy.



Temple Grandin nazywa jedną z czterech stref rozwoju dzieci autystycznych strefą strachu. Osoby z autyzmem wkraczają do tej strefy, gdy są przeciążone, albo czują, że nie są przygotowane do konkretnego zadania lub przekracza to ich zasoby. Mogą też tak reagować, gdy robi im się niespodzianki, wprowadza nagle zmiany. Osoby, które aktualnie są w tej strefie mogą mieć zaburzenia poznawcze, nie potrafią przyjmować lub przetwarzać informacji. Niektórzy nie słyszą co się do nich mówi lub nie są w stanie sami mówić. Osoby w strefie strachu mają wysoki poziom kortyzolu i adrenaliny, mogą się wycofać albo zareagować agresją lub autoagresją. Inne objawy to opryskliwość, opór, wycofywanie się z działań i relacji. Przejście z tej strefy do kolejnych (strefa komfortu, uczenia się, wzrostu) wymaga pomocy innych osób i nauczenia się w jaki sposób można to osiągnąć (Grandin, 2022).

Mimo, że osoby w spektrum są bardziej narażone na stres i częściej spotykają się z przemocą ze strony społeczeństwa, to sam fakt występowania autyzmu sprawia, że rzadziej diagnozuje się u nich PTSD i pomija istotne objawy. Przykładowo, nawracające myśli o traumatycznym wydarzeniu przypisywane są autyzmowi, a nie zaburzeniom związanym ze stresem. To samo dotyczy zaburzeń snu. Badania potwierdziły też, że dzieci w spektrum autyzmu były narażone na większe ryzyko wystąpienia zdarzeń niepożądanych wywołujących PTSD. Temple Grandin uważa, że „wiele dzieci z autyzmem przywykło do bycia ofiarą” (2022, s. 157).

Obecnie dużą uwagę przykładą się do diagnostyki różnicowej pomiędzy spektrum autyzmu a C-PTSD. Zwraca się też uwagę, że dyrektywne formy terapii, takie jak klasyczna terapia behawioralna, mogą wywoływać u osoby w spektrum autyzmu traumę i są przyczyną złożonego zespołu stresu pourazowego.

Warto podkreślić, że w sytuacjach kryzysowych, wywołujących silny stres, osoby w spektrum mogą potrzebować tzw. kół ratunkowych. Powinny mieć zapisany lub przygotowany taki zestaw na kryzysowe sytuacje. Do kategorii kół ratunkowych można zaliczyć zarówno przedmioty, które ma się pod ręką, jak i działania lub ich brak, tak jak możliwość zwrócenia się o pomoc do innej osoby. Koła powinny być zaplanowane jeszcze przed rozpoczęciem działania, a ich celem jest przywrócenie równowagi w sytuacji, gdy posiadane zasoby nie są wystarczające (Jakś, Ławicka, Oszczyda, 2024).



3. Lęk

3.1. Lęk – pojęcie i definicje

Lęk jest złożonym stanem, który jest długotrwały i dotyczy sytuacji, gdy osoba oczekuje, że dane wydarzenie, które może się pojawić w przyszłości, będzie zagrożeniem, którego nie da się przewidzieć ani opanować. W przypadku lęku dana osoba skupia się na tym, co sobie wyobraża, a nie na tym co rzeczywiście się dzieje. Lęk często jest wywołany przez wcześniejszy stres lub strach, zwłaszcza jeśli był on zjawiskiem, które się regularnie i przez dłuższy czas powtarzało (Clark, Beck, 2018).

Należy podkreślić, że lęk jest emocją, która pojawia się, gdy nie ma bezpośredniego zagrożenia, a mimo to odczuwamy niepokój (Pittman, Karle, 2018). Silny lęk wynika zwykle z tego, że wyolbrzymiane jest potencjalne niebezpieczeństwo, a zmniejszane poczucie własnych możliwości danej osoby.

Według Kalata lęk to „*przykry stan emocjonalny pojawiający się wobec spodziewanego zagrożenia lub niepowodzenia*” (2020, s. 94) Stan ten składa się z części psychicznej i somatycznej.

Istotne jest, że każdy człowiek ma własny poziom lęku, inaczej na niego reaguje, a przede wszystkim ta sama rzecz może u jednej osoby wywoływać lęk, a dla innej być obojętna (LeDoux, 2024). Ważną cechą lęku, podkreślaną przez wielu autorów, jest też to, że naturalnie słabnie, gdy jest ignorowany przez osobę, która go odczuwa.

Przy definiowaniu lęku ważne jest też pojęcie uwrażliwienie na lęk, czyli pojawienia się strachu przed odczuwaniem fizycznych objawów lęku. Związane jest to też z nietolerancją niepewności, która polega na tym, że osoby, które odczuwają silny lęk nie radzą sobie w sytuacjach nieprzewidzianych, preferują rutyny i ustalony porządek (Clark, Beck, 2018).

Według Antoniego Kępińskiego lęk jest zasadniczą częścią prawie wszystkich chorób psychicznych, a rolą lekarza jest rozładowanie tego lęku, w wyniku czego usunięte będą inne objawy choroby. Wyróżniał on różne rodzaje lęku, takie jak lęk nerwicowy, depresyjny, urojeniowy, biologiczny. Lęk nerwicowy, nazwany niepokojem, uznał za rodzaj lęku, którego doświadcza każdy człowiek. To „niespokojne napięcie” (ang. *free floating anxiety*) może być



paraliżujące, gdy jego natężenie jest wysokie. Osoba odczuwająca ten typ napięcia jest obolała fizycznie i psychicznie, traci zdolność do podejmowania decyzji i myślenia (Kępiński, 2002).

Charakterystyczną cechą lęku są ruminacje, czyli powtarzające się analizowanie sytuacji, skupianie się na możliwych skutkach, przyczynach i szczegółach. Sytuacje, które wywołały pierwszą reakcję lęku lub stresu potrafią być wielokrotnie przywoływane, aż do poziomu, kiedy zaburzają codzienne funkcjonowanie i funkcje poznawcze. Ruminacje mogą być przyczyną zaburzeń lękowych i depresji (Pittman, Karle, 2018).

W Inwentarzu Stanu i Cechy Lęku STAI wskazano, że lęk składa się z dwóch czynników: stanu i cechy. Stan lęku jest bardzo zmienny i podatny na czynniki zewnętrzne. Definiowany jest jako uczucie napięcia, subiektywne obawy z reakcjami wegetatywnymi. Lęk jako cecha ma charakter wyuczony i zwykle związany jest z okresem dzieciństwa. Występuje uznawanie sytuacji, które są obiektywnie niegroźne, za zagrażające i reagowanie na nie w sposób nieproporcjonalnie wysoki. Istnieje zależność między tymi dwoma czynnikami. Jeśli lęk jako cecha jest wysoki to zawsze lęk jako stan też będzie wysoki. Może się zdarzyć, iż mimo, że lęk jako stan jest niski, to i tak w niektórych sytuacjach lęk jako stan będzie wysoki (Wrześniewski, Sosnowski, Jaworowska, Fecenec, 2011).

3.2. Lęk - przyczyny i skutki

Aby pojawiło się uczucie lęku muszą zajść dwa procesy w mózgu. Jeden z nich zachodzi w korze mózgu i związany jest z tym co osoba myśli o danej sytuacji, jest przez to bardziej świadomy i możliwy do kontrolowania. Drugi związany jest z ciałem migdałowatym i uruchamia wrodzone reakcje fizjologiczne, ale odbywa się nieświadomie i człowiek nie jest w stanie bezpośrednio go kontrolować. Mechanizm polega na tym, że bodźce sensoryczne przekazywane są do wzgórza, a następnie są wysyłane do innych fragmentów mózgu, między innymi do płata czołowego. W płacie czołowym zachodzi interpretacji bodźców i przewidywanie możliwych sytuacji w przyszłości. Tutaj też zaczyna się zamartwianie się i analizowanie możliwych negatywnych skutków. Drugi proces jest podobny do reakcji stresu, również zaczyna się od odbioru bodźców i przekazania ich do wzgórza, ale następnie trafiają one do ciała migdałowatego, a dokładnie do jądra przedsiorkowego. Stamtąd bodziec trafia do jądra środkowego, które w ułamku sekundy aktywuje układ współczulny i wyzwala reakcję „walczyć albo uciekać”. Aktywowane jest podwzgórze, które uwalnia kortyzol i adrenalinę.



Należy zapamiętać, że jądro przedśionkowe otrzymuje informacje błyskawicznie, dużo wcześniej niż kora czołowa, dlatego często lęk i reakcje lękowe nie są racjonalne (Pittman, Karle, 2018).

Odczuwanie lęku jest uzależnione od genetyki, aktywności mózgu, doświadczeń życiowych i osobowości. Jedyne elementy, na które mamy wpływ to osobowość i sposób w jaki myślimy o tym co nas otacza. Z neurobiologicznego punktu widzenia u podstaw lęku leży nadmierna aktywność ciała migdałowatego oraz niedobór GABA (Pąchalska, Kaczmarek, Kropotov, 2022).

Ciało migdałowe jest uznawane za miejsce, w którym powstaje strach i lęk. Obecnie uważa się, że jest to stacja przekaźnikowa między bodźcami sensorycznymi z kory mózgu, które z hipokampa zostają przekazane do ciała migdałowatego, a następnie do kory przedczołowej. Ciało migdałowe odpowiada więc za rozpoznanie danego bodźca jako zagrożenie, co potwierdzają badania, w których pacjenci z uszkodzeniem tej części mózgu nie odczuwali strachu. Lęk i strach mogą być też powiązane z funkcjonowaniem przedniej części zakrętu obręczy, do której przekazywane są sygnały z ciała migdałowatego. Ciało migdałowe stale wypatruje zagrożeń, także tych tylko potencjalnych (Pąchalska i in, 2022).

Pierwotny układ pamięci emocji tworzony jest przez ciało migdałowe i hipokamp. Uczucie lęku związane jest z jądrem ogoniastym. Naukowcy podkreślają, że osoby z dużymi zaburzeniami lekowymi mają większe ciało migdałowe, które w normalnych warunkach ma około 1,5 cm średnicy. Wspomniany wcześniej zakręt obręczy połączony jest z nerwem błędnym i może powodować jego pobudzenie lub relaksację. Potwierdza to skuteczność praktykowanie ćwiczeń medytacyjnych i mindfulness (uwaga), które regulują funkcjonowanie zakrętu obręczy (Pąchalska i in., 2022).

Najważniejszym neuroprzekaźnikiem w mózgu, który hamuje reakcje układu nerwowego jest kwas GABA (kwas gamma-aminomasłowy). Zmniejsza on pobudliwość neuronów, przez co efektem wzrostu jego ilości jest uspokojenie, wyciszenie, łatwiejsze zasypianie i redukcja stresu. Przewlekły stres może powodować niedobór GABA w mózgu, natomiast praktyki relaksacyjne podwyższają jego poziom (Podgórska, 2023).

Przyczyny zaburzeń lękowych były poszukiwane przez ojca koncepcji psychoanalitycznej Freuda. Uważał on, że lęk jest wywołany przez konflikty wewnętrzne i wyparcie pragnień. Podobne teorie wskazywane są w koncepcjach psychodynamicznych (Cierpiałkowska, Sęk, 2020).



Aktualnie uważa się, że podłoże lęku jest genetyczne, a gdy na podatność danej osoby nałożą się czynniki środowiskowe i doświadczenia życiowe to mogą się pojawić patologiczne reakcje lękowe. 40% podatności wynika z czynników genetycznych i biologicznych, 30% to nabyte doświadczenia, a 30% ogólne czynniki biologiczne (LeDoux, 2024).

Lęk związany jest też z zapisanymi w mózgu doświadczeniami, które mogą być przechowywane w korze i wtedy mamy do nich dostęp, albo w jądrze bocznym ciała migdałowatego i wtedy nie mamy do nich dostępu, bo emocje zostały zapamiętane bez udziału kory mózgowej. Są też badania potwierdzające, że pewne rodzaje lęku są rozpowszechnione u ludzi z powodu ewolucji. Lęk przed wystąpieniami publicznymi może wynikać z tego, że ciało migdałowate chroni nas przed atakiem potencjalnych drapieżników, a lęk przed odrzuceniem jest reakcją na odtrącenie przez stado i narażenie na atak drapieżników. Tak samo może być z wrodzonym lękiem przed wężami, owadami i wysokością (Pittman, Karle, 2018).

Niezależnie od przyczyny powstania, skutkiem lęku jest zakłócenie codziennego życia, pojawianie się nasilonych myśli katastroficznych (skupianie się na niebezpieczeństwach i zagrożeniach) oraz utrata spokoju, a także poczucia kontroli i bezpieczeństwa (Clark, Beck, 2018).

Skutkiem przedłużonego lęku może być pojawienie się zaburzeń lękowych, które obecnie są bardzo rozpowszechnione – doświadczą ich w ciągu życia średnio co 3 kobieta i co 5 mężczyzna. Zaburzenia lękowe charakteryzują się nadmiernym lękiem lub strachem. Objawy nie są wywoływane przez realne zagrożenie i pojawiają się nieadekwatnie do sytuacji. Najczęstszą reakcją na zaburzenia lękowe jest unikanie. Wśród zaburzeń lękowych wymienionych w klasyfikacji DSM-V znajdują się: mutyzm wybiórczy, fobia swoista, fobia społeczna, zaburzenia z napadami paniki, agorafobia, uogólnione zaburzenia lękowe (Cierpiałkowska, Sęk, 2020).

GAD to zespół lęku uogólnionego (ang. *generalized anxiety disorder*), czyli uporczywy i „wolno płynący” lęk, który nie wynika z sytuacji zewnętrznej. Aby postawić to rozpoznanie lęk musi trwać minimum 6 miesięcy, a jego najczęstsze objawy to napięcie mięśni, objawy vegetatywne, drżenie rąk, bóle głowy, ciągły niepokój, że stanie się coś złego (Jarema, 2023).

Mutyzm wybiórczy charakteryzuje się odmową mówienia w konkretnych sytuacjach. W innych sytuacjach dana osoba wypowiada się normalnie. Zaburzenie to jest przewlekłe i oparte na silnym lęku społecznym. Zwykle pojawia się u dzieci w wieku 2-6 lat. Aby rozpoznać mutyzm objawy muszą trwać co najmniej miesiąc. Mutyzm pojawia się często razem



z autyzmem. Zwykle dzieci z tym rozpoznaniem są nieśmiałe, unikają kontaktu wzrokowego, są lękliwe, ale mogą też stawiać bierny opór. Charakterystyczne dla tego zaburzenia jest to, że poza sytuacjami, w których nie są w stanie porozumiewać się werbalnie, osoby te mogą być radosne i bardzo rozmowne. Wśród przyczyn mutyzmu wymieniane są czynniki biologiczne, traumatyczne wydarzenia oraz nieprawidłowe relacje rodzinne (Jarema, 2023).

W fobii społecznej połączone są obawy przed oceną ze strony innych osób i tym, że dana osoba zachowa się w sposób, który będzie ośmieszający i kompromitujący. Może mieć formę uogólnioną lub izolowaną (np. dotyczącą spożywania posiłków przy innych osobach). W takich sytuacjach pojawiają się objawy wegetatywne. Najczęściej rozpoczyna się w młodym wieku (Jarema, 2023).

Zespół lęku napadowego charakteryzuje się pojawiającymi się co jakiś czas napadami paniki, podczas których chory może się czuć jakby nie miał kontroli nad swoim ciałem. Może się pojawiać derealizacja i depersonalizacja. Najczęściej napad trwa 20-30 minut. Objawy mogą przypominać zawał serca, czyli ból w klatce, kołatanie serca, poczucie omdlenia, zawroty głowy, silna duszność i są częstą przyczyną wezwania pomocy medycznej. Chory zwykle unika sytuacji lub miejsc w których występują napady (Jarema, 2023). Podczas napadu paniki pojawiają się też takie uczucia jak przerażenie, pragnienie ucieczki, chęć do ataku, strach, że popada się w szaleństwo, poczucie bycia sparaliżowanym (Pittman, Karle, 2018).

Poza wymienionymi wyżej zaburzeniami lękowymi, lęk jest też składową zaburzeń osobowości, zwłaszcza z wiązki C, czyli osobowości unikającej, zależnej i obsesyjno-kompulsyjnej. Zaburzenia te rozpoznawane są wśród 6% społeczności (Cierpiątkowska, Sęk, 2020).

3.3. Radzenie sobie z lękiem

Wcześniej opisano metody radzenia sobie ze stresem, w których kładzie się nacisk na ćwiczenia oddechowe, techniki relaksacyjne, ćwiczenie uważności i medytację. W przypadku lęku, poza technikami stosowanymi przy stresie, stosowane są dodatkowo metody psychoterapeutyczne skupione na ekspozycji, poznaniu źródeł lęku oraz akceptacji.

Z uczuciem lęku możemy sobie radzić na dwa sposoby: zapobiegawczo i interwencyjnie. Zapobieganie polega na stałym utrzymywaniu niskiego poziomu lęku poprzez



codzienne ćwiczenia relaksacyjne. Podczas interwencji stosowane są techniki, które działają na bieżąco w sytuacji, gdy lęk staje się wysoki. Pomocne może być też określenie jakie są wzorce zachowania w sytuacjach, gdy pojawia się silny lęk (Schab, 2017).

Badania potwierdziły skuteczność tych samych technik, które są stosowane do radzenia sobie ze stresem, czyli medytacja i ruch medytacyjny (joga, tai chi), mindfulness, ćwiczenia oddechowe. Dodatkowo podkreślana jest rola regularnej, umiarkowanej aktywności fizycznej.

Należy podkreślić, że podstawowa metoda leczenia zaburzeń lękowych to psychoterapia, a jej skuteczność jest potwierdzona badaniami. Skuteczność krótkoterminowej terapii psychodynamicznej i terapii poznawczo-behawioralnej CBT (ang. *Cognitive Behavioral Therapy*) jest podobna w przypadku fobii społecznej i lęku uogólnionego. Jeśli występują ataki paniki to lepszą skuteczność ma terapia poznawczo-behawioralna (Cierpiałkowska, Sęk, 2020).

Psychoterapia poznawczo-behawioralna polega na zmienianiu swoich myśli, przekonań i postaw dotyczących emocji, które odczuwamy w różnych sytuacjach. 60-80% osób, które uczestniczy w tej terapii miało potwierdzone znaczne obniżenie poziomu lęku. Dotyczy to osób, które przeszły cykl 10-20 sesji (Clark, Beck, 2018).

W terapii poznawczo-behawioralnej szczególny nacisk kładziony jest na ekspozycję, czyli systematycznie i wielokrotnie powtarzany kontakt z tym co jest źródłem lęku, czyli jakąś sytuacją lub przedmiotem. Związane jest to z wygaszaniem, czyli procesem neuropsychologicznym zachodzącym między korą przedczołową a ciałem migdałowatym. Powtarzana ekspozycja powoduje, że ciało migdałowate nie uruchamia silnych reakcji obronnych, a dołączenie do ekspozycji elementu poznawczego i uświadomienie sobie zachodzących emocji pogłębia ten efekt. Obecnie uważa się, że nowe doświadczenia tworzą nowy ślad pamięciowy, a tłumiony jest stary, wywołujący silną reakcję lękową. Niestety proces ten nie jest odporny na bodźce, które mogą przywrócić reakcje lękowe. Przykładowo, silny stres może sprawić, że to co wcześniej wywoływało lęk i zostało wygaszone, znów go wywołuje (LeDoux, 2024).

W radzeniu sobie z lękiem skuteczne są też nurty terapii trzeciej fali terapii poznawczo-behawioralnej, np. ACT, chociaż nadal jest za mało danych, by stwierdzić, czy skuteczność dorównuje klasycznej CBT. W najnowszych metodach terapii stosowane są też takie technologie jak gogle VR, które pozwalają na ekspozycję bez opuszczania gabinetu terapeutycznego.



Naukowcy potwierdzili też, że rada, aby w sytuacji nasilenia lęku wziąć głęboki oddech, jest prawidłowa z neuropsychologicznego punktu widzenia. Głęboki oddech aktywuje nerw błędny, który działa na przywspółczulny układ nerwowy. Dzięki temu możliwe jest dążenie do równowagi w układzie nerwowym, tętno staje się miarowe, obniża się ciśnienie krwi. Podobne działania przynoszą techniki medytacyjne i relaksacyjne. Skupiają się one na oddechu, ale jednocześnie aktywują obszary mózgu związane z uwagą i pamięcią oraz mózgową sieć domyślną. Oznacza to, że możliwe jest nauczenie się ignorowania bodźców oraz wspomnień (LeDoux, 2024).

Podsumowując, metody stosowane do redukcji lęku w momencie jego nasilenia, ale niekoniecznie zalecane przez nurt CBT to: uważność, rozluźnianie mięśni, podążanie za oddechem, pogłębienie oddechu, wizualizacje. Zalecana jest też metoda małych kroków, czyli stopniowe zbliżanie się do sytuacji wywołujących lęk. Kolejna proponowana metoda to: zatrzymaj się, oddychaj, myśl (Schab, 2017).

W przypadku zaburzeń lękowych stosowana jest również terapia farmakologiczna stosowana pod nadzorem lekarza psychiatry. Możemy tutaj wymienić substancje, których działanie jest skupione na reakcji ciała migdałowatego. Są to przykładowo alprazolam, lorazepam, clonazepam. Leki te działają szybko i ograniczają pobudzenie układu nerwowego wywołwane przez ciało migdałowate, ale nie powodu zmniejszenia lęku i są traktowane jako niezalecany sposób radzenia sobie z lękiem zwłaszcza przez terapeutów poznawczo-behawioralnych. Druga grupa to leki, które zwiększają ilość neuroprzekazników w mózgu, przykładowo: escitalopram, sertralina, wenlafaksyna, duloksetyna. Leki te wykazują dużą skuteczność w leczeniu lęku i depresji, poprzez zmianę działania konkretnych obszarów w mózgu, ale na ich działanie trzeba czekać kilka tygodni. Najlepsze połączenie to stosowanie tych leków z grupy SSRI, SNRI w połączeniu z psychoterapią (Pittman, Karle, 2018).

Najmniej zalecaną, ale najczęściej stosowaną reakcją w stanie lęku jest unikanie. Jest to reakcja bardzo naturalna i fizjologiczna, ale jednocześnie wpływająca na nasilenie lęku i jego przedłużenie. Unikając sytuacji, które powodują lęk, uniemożliwia się osłabienie lęku, a także stopniowo ogranicza się aktywność i kontakty społeczne danej osoby. Dodatkowo pojawiają się u osoby unikającej lęku myśli, że nie daje sobie rady, jest słaba i niesamodzielna (Clark, Beck, 2018).



W zależności od nurtu terapii różne są zalecenia dotyczące metod radzenia sobie z lękiem. W terapii poznawczo-behawioralnej odradzane są metody, które sprawiają, że w sytuacji wywołującej lęk czujemy się bezpiecznie i spokojnie. Takimi metodami może być myślenie o czymś spokojnym, wyobrażanie sobie siebie w bezpiecznej sytuacji, trzymanie amuletów, obecność innych osób lub poszukiwanie wsparcia innych osób. Według twórców tej formy terapii osoba odczuwająca lęk próbuje w ten sposób opanować sytuację i tworzyć fałszywe poczucie kontroli (Clark, Beck, 2018).

3.4. Lęk u osób w spektrum autyzmu

Aktywistka, edukatorka i pisarka w spektrum autyzmu, Ewa Furgał, napisała „*nie pamiętam życia bez lęku społecznego, jest ze mną od najmłodszych lat. Już wtedy przybierał gigantyczne rozmiary*” (2022, s. 46). Używa ona też pojęcia lęk egzystencjalny zamiast zespołu lęku uogólnionego. Oznacza on codzienny, uporczywy lęk dotyczący większości dziedzin życia. Wg. autorki związany jest z nieprzewidywalnością i brakiem kontroli nad tym, co może się wydarzyć. Skutkiem tego jest życie w ciągłym stresie i zmęczeniu, bycie w stałej gotowości, czujności i przewidywanie najgorszych możliwych wydarzeń.

Potwierdzają to inni autorzy. Tony Attwood przywołuje tekst autystycznego Marka Segara, który stwierdził, że osoby w spektrum są bardzo dobre w niepokojeniu się. Lęk może wywoływać każda zmiana, odstępstwo od rutyny, a także publiczna pochwała lub krytyka. Pojawia się też błędne koło, gdy nadwrażliwość sensoryczna wywołuje lęk, a lęk sprawia, że osoba staje się bardziej wrażliwa na bodźce sensoryczne. Długotrwały lęk u osób w spektrum może wywołać dezorganizację myślenia i urojenia (2021).

Mimo, że lęk nie jest jedną z cech autyzmu, to osoby w spektrum często go doświadczają. Może to być związane z tym, że osoby mające problemy, zwłaszcza w kontaktach społecznych, zaczynają się ich bać, co często kończy się wystąpieniem zaburzeń lękowych w tym obszarze życia. Lęk społeczny, tak częsty u osób neuroatypowych, oznacza, że dana osoba nie chce, żeby ktokolwiek zwracał na nią uwagę, ale wynika to tylko z wcześniejszych doświadczeń. Istnieją też teorie, że lęk związany jest z tzw. stresem mniejszościowym, którego doświadczają osoby neuroatypowe (Szubrycht, 2025).



Literatura potwierdza, że nawet 85% osób w spektrum ma zaburzenia lekowe. Często też dopiero długotrwałe i bezskuteczne leczenie zaburzeń lękowych sprawia, że proponowana jest diagnostyka w kierunku zaburzeń ze spektrum autyzmu (Furgał, 2022).

Z samą diagnozą zaburzeń ze spektrum autyzmu wiąże się wyższe ryzyko występowania zaburzeń lękowych oraz lękowo-depresyjnych, a także samobójstw. Występowanie GAD zwiększa się u osób w spektrum autyzmu wraz z wiekiem. Potwierdzono też, że im wyższa inteligencja tym wyższy jest poziom odczuwanego lęku (Grandin, 2022).

Z wysokim poziomem lęku u osób w spektrum autyzmu związany jest też PDA – patologiczne unikanie wymagań (ang. *Pathological Demand Avoidance*) opisany w 1998 roku albo EDA – ekstremalne unikanie wymagań (ang. *Extreme Demand Avoidance*) opisany w 2014 roku. Elizabeth Newson zdefiniowała je jako „ekstremalny opór w obliczu zwykłych wymagań, jakie stawia przed nami życie” (Kemp, Mitchelson 2025, s. 148). Uważa się, że jest to jedna z części spektrum autyzmu. Do rozpoznania tego zaburzenia stosowany jest test przesiewowy EDA-Q (ang. *Extreme Demand Avoidance Questionnaire*). Istotne jest zrozumienie, że w przypadku osób z PDA/EDA unikanie nie jest związane z lenistwem. Te osoby tylko w konkretnym momencie nie mają zasobów na spełnienie danego wymagania, nawet gdy dotyczy ono czynności zazwyczaj lubianej. Zmuszanie ich może wywołać ucieczkę, agresję lub reakcję zamrożenia z powodu silnego lęku. Duża impulsywność i agresja u osób z PDA/EDA mogą być mylone z zaburzeniami opozycyjno-buntowniczymi, mimo, że związane są one z lękiem, przeciążeniem i silną potrzebą kontrolowania sytuacji (Furgał, 2022).

Z neurobiologicznego punktu widzenia u osób w spektrum autyzmu zaburzenia lękowe mogą być związane ze zmianami w funkcjonowaniu mózgu i zaburzeniami równowagi neuroprzekaźników (GABA, serotoniny i glutamianu). U osób z ASD badania potwierdziły znacznie obniżony poziom GABA w mózgu oraz nadmiar glutamianu. Można wnioskować, że niepokój, problem z radzeniem sobie ze stresem, poczucie niepewności, problemy ze snem często występujące u osób z autyzmem są spowodowane przez niedobór GABA (Podgórska, 2023).

Dlatego podczas rozważania farmakoterapii zaburzeń lękowych należy zwrócić uwagę na wynikające z neuroatypowości zmiany w pracy mózgu i związaną z nimi nieodpowiednią reakcję lub brak reakcji na leki, które w przypadku osób neurotypowych działają w prawidłowy sposób. Podczas wybierania formy terapii zaburzeń lękowych istotne jest to, że podstawową formą radzenia sobie z lękiem przez osoby w spektrum autyzmu jest unikanie.



4. Metodologia badań własnych

4.1. Metoda badawcza, przedmiot i cel badań

Proces badawczy jako celowa czynność musi się odbywać według określonych reguł i założeń, które składają się na metodę badawczą. Metoda pozwala na uporządkowanie prowadzonych działań, tak, aby ostatecznie osiągnąć wyznaczony cel. Ilość możliwych metod badawczych rośnie wraz z rozwojem wiedzy, ale każda metoda musi się opierać na teorii. „Zasadniczym celem teorii jest odzwierciedlenie rzeczywistości, a metody – kierowanie celowymi czynnościami człowieka” (Sztumski, 2020, s. 97).

Metody badawcze możemy podzielić na ilościowe i jakościowe, ale w praktyce nauk społecznych, często te metody uzupełniają się nawzajem i możemy mówić o podziale odnoszącym się do przewagi technik ilościowych nad jakościowymi i odwrotnie (Sztumski, 2020).

Podejście jakościowe charakteryzowane jest poprzez cel, którym jest zrozumienie pewnego zjawiska, poznanie perspektywy uczestników i ich subiektywnego punktu widzenia. W tych badaniach, tak jak w ilościowych, wymagane jest stosowanie rygoru metodologicznego, do poprawnego przeprowadzenia wymagane są odpowiednie kompetencje. Należy też pamiętać, że podejście jakościowe nie pozwala na uzyskanie wiedzy uniwersalnej, ale często ma na celu pogłębienie wiedzy uzyskanej podczas badań ilościowych i jest niezbędne tam, gdzie wyniki testów nie są wystarczające (Stemplewska-Żakowicz, 2010).

Przedmiot badań

Przedmiot badań to pojęcie złożone, ale możemy tak w naukach społecznych zdefiniować rzeczywistość społeczną, na którą składają się ludzie, instytucje, różne procesy i zjawiska społeczne (Sztumski, 2020). Przedmiotem badań można też nazwać interesującą badacza dziedzinę zjawisk społecznych (Nowak, 2012).

W niniejszej pracy przedmiotem badania jest zjawisko funkcjonowania psychicznego studentów ze spektrum autyzmu w środowisku akademickim, ze szczególnym uwzględnieniem stresu i lęku, sposobu radzenia sobie ze stresem i lękiem oraz roli jaką pełni wsparcie oferowane przez uczelnię oraz wsparcie społeczne.



Cel badań

Cel badania definiujemy jako „*naukowe poznanie badanej rzeczywistości*” (Sztumski, 2020, s. 25).

Celem niniejszej pracy jest określenie, w jaki sposób studenci ze spektrum autyzmu doświadczają stresu i lęku w środowisku akademickim, jak radzą sobie z tymi emocjami, oraz próba oceny, czy wsparcie społeczne oraz wsparcie oferowane przez uczelnię wspiera funkcjonowanie psychiczne studentów z diagnozą zaburzeń ze spektrum autyzmu.

4.2. Problem badawczy i pytania badawcze

Problem badawczy

Pierwszym etapem procesu badawczego jest sformułowanie problemu badawczego. Problem badawczy możemy ogólnie określić jako bodziec intelektualny (Frankfort-Nachmias, Nachmias, 2001). Jest to zwykle pytanie lub kilka pytań dotyczące danego zagadnienia badawczego. Już na tym etapie możemy wyznaczyć ramy rozwiązania tego problemu, a także przypuszczalne rozwiązanie. Sformułowanie takiego rozwiązania jest przejawem dojrzałości, a jego brak może być wskazówką, że problem badawczy to tzw. pseudoproblem. Należy też podkreślić, że od prawidłowego sformułowania problemu badawczego uzależniony jest w dużym stopniu sukces badawczy (Brzeziński, 2012).

Głównym problemem badawczym niniejszej pracy jest poziom stresu i lęku oraz dobrostan psychiczny studentów ze spektrum autyzmu w środowisku akademickim oraz ocena wsparcia oferowanego przez uczelnię. Problem badawczy został przedstawiony za pomocą pięciu pytań badawczych.

Pytania badawcze

Pytania badawcze możemy podzielić na pytania rozstrzygnięcia i pytania dopełnienia. Te pierwsze zaczynają się od słowa „czy” i można na nie udzielić tylko odpowiedzi „tak” lub „nie”. W przypadku pytań dopełnienia podany jest tylko ogólny schemat możliwych odpowiedzi, a każda odpowiedź to zupełnie nowe zdanie lub zdania (Brzeziński, 2012).



W niniejszej pracy sformułowano pięć pytań badawczych, cztery z nich to pytania dopełnienia.

1. W jaki sposób studenci ze spektrum autyzmu przeżywają stres i radzą sobie z nim w środowisku akademickim?
2. W jaki sposób studenci ze spektrum autyzmu przeżywają lęk i radzą sobie z nim w środowisku akademickim?
3. W jaki sposób przebieg proces studiowania rzutuje na dobrostan psychiczny studentów w spektrum autyzmu?
4. W jaki sposób wsparcie społeczne łączy się z dobrostanem psychicznym studentów w spektrum autyzmu?
5. Czy wsparcie oferowane studentom w spektrum autyzmu przez uczelnie jest czynnikiem wspierającym ich funkcjonowanie psychiczne w zakresie przeżywanego lęku i stresu?

Zmienne

Zmiennymi w badaniach społecznych nazywamy określone cechy, które wyróżniają lub łączą osoby badane. Może to być wiek, miejsce zamieszkania cechy, które mogą przyjmować co najmniej dwie wartości. Zmienne możemy też zdefiniować jako zjawiska, które są zmieniane pod wpływem różnych czynników (Sztumski, 2020).

W niniejszej pracy zmiennymi będą wskaźniki, jakimi są wyniki surowe i przeliczone uzyskane w poszczególnych kwestionariuszach psychologicznych, jak również zmienne jakościowe uzyskane poprzez przeprowadzenie wywiadów osobistych pogłębionych. Zmienne jakościowe mogą być dychotomiczne, czyli przyjmować dwie wartości, ale mogą również obejmować wiele różnych podklas. Rozpatrywane w niniejszej pracy zmienne możemy również sklasyfikować jako wielowymiarowe, ponieważ odnoszą się do skomplikowanych zjawisk analizowanych w różnych wymiarach. W przypadku zjawisk psychicznych pojawia się też pojęcie zmiennej ukrytej, takich jak przeżycia wewnętrzne badanych osób (Nowak, 2012).



Badane zmienne:

- Stres (poziom stresu, strategie radzenia sobie ze stresem)
- Lęk (poziom lęku, strategie radzenia sobie z lękiem)
- Dobrostan psychiczny
- Wsparcie społeczne (wsparcia od rodziny, rówieśników, wykładowców, ocena dostępności wsparcia)
- Wsparcie instytucjonalne uczelni (subiektywna ocena dostępnych form pomocy i skuteczności wsparcia)

4.3. Studium przypadku

Jedną z metod naukowych stosowanych w naukach społecznych jest studium przypadku (ang. *case study research*). Metoda ta jest zalecana szczególnie w przypadku, gdy pytania badawcze zaczynają się od „jak” i „dlaczego”, a celem badania jest wyjaśnienie związków przyczynowo-skutkowych (Lisiecka, Kostka-Bochenek, 2009).

Przedmiotem badania jest przypadek, czyli zjawisko w tzw. naturalnym kontekście. Studium przypadku jest stosowane, gdy oczekuje się szerokiego opisu danego zjawiska i zrozumienia jego złożoności. Dogłębne rozpoznanie przypadku związane jest z analizą dużej liczby zmiennych. Dlatego tak ważne jest prowadzenie procesu badawczego zgodnie z narzuconymi w metodologii zasadami. Etapy przeprowadzanie badania to projektowanie studium przypadku, przygotowanie do gromadzenia danych oraz ich gromadzenie, analizowanie danych i tworzenie raportu (Yin, 2015).

W literaturze oraz częściej można się spotkać z wykorzystaniem w badaniach społecznych metody jaką jest wielokrotne studium przypadku. Jest to metoda pod wieloma względami lepsza od pojedynczego studium przypadku, ponieważ nawet podwójne studium przypadku daje większą szansę na uzyskanie prawidłowych wyników. Więcej przypadków to różnorodność materiału do analizy, nie jest też wymagane wyjątkowo mocne argumentowanie ich wyboru, zwłaszcza jeśli jest to model dwustronny i przypadki reprezentujące przeciwstawne sytuacje. Badania wielokrotne mają solidniejsze podstawy i są bardziej przekonujące. W przypadku pojedynczych i wielokrotnych badań można wyróżnić dwa typy projektu



badawczego: holistyczny, gdy jest jedna jednostka analizy, oraz zanurzeniowy, gdy jest wiele jednostek analizy (Yin, 2015).

W studium przypadku bardzo istotna jest triangulacja, czyli zestawianie różnych danych z wielu źródeł, aby potwierdzić zgodność wyników. Równie ważne są umiejętności, które posiada badacz, takie jak: zadawanie właściwych pytań, elastyczność, umiejętność słuchania, bardzo dobra znajomość badanego tematu oraz przestrzeganie zasad etycznych (Yin, 2015).

Pojawiają się zastrzeżenia wobec zastosowania metody studium przypadku w psychologii. Głównym zarzutem jest możliwość wystąpienia błędu stronniczości, gdy badacz będzie chciał tylko potwierdzić swoje pierwotne założenia i w trakcie realizacji badań nie będzie skłonny do ich modyfikacji. Kolejny problem to wykorzystanie w tej metodzie głównie danych jakościowych i brak możliwości uogólnienia wyników. Rozwiązaniem jest poprawne zaprojektowanie badania oraz rzetelne podejście metodologiczne, co sprawi, że metoda ta może być skutecznie stosowana również w psychologii (Yin, 2015).

4.4. Narzędzia badawcze użyte w badaniu

W pracy zastosowano narzędzia do badań ilościowych: trzy kwestionariusze psychologiczne (Inwentarz Stanu i Cechy Lęku, Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych, Kwestionariusz Poczucia Stresu) oraz narzędzie jakościowe, którym jest wywiad pogłębiony, częściowo ustrukturalizowany, zogniskowany na określonych tematach. Poniżej opisano każde z tych narzędzi.

STAI - Inwentarz Stanu i Cechy Lęku

Amerykańska wersja tego kwestionariusza została opracowana w 1970 roku przez C. D. Spielbergera, R. L. Gorsucha i R. E. Lushene'a i miała nazwę *State-Trait Anxiety Inventory*. Opierała się na koncepcjach opracowanych przez R. B. Cattela i L. H. Scheiera w latach 50-tych XX wieku. Polska adaptacja powstała w 1987 roku. STAI jest narzędziem stosowanym w badaniach przesiewowych, eksperymentalnych oraz w diagnostyce indywidualnej. Służy do badania przejściowego lęku uwarunkowanego sytuacyjnie (lęk jako stan) oraz lęku będącego stałą cechą osobowości (lęk jako cecha). Lęk jako stan charakteryzuje duża zmienność i związana jest z nim aktywacja autonomicznego układu nerwowego. Lęk jako cecha ma



względnie stały poziom i związany jest z kształtowaniem się osobowości lękowej oraz uznawaniem obiektywnie niegroźnych sytuacji jako zagrażających, niebezpiecznych (Wrześniewski, Sosnowski, Jaworowska, Fecenec, 2011).

STAI składa się z dwu podskal: X-1 służy do pomiaru lęku-stanu, a X-2 do pomiaru lęku-cechy. Każda podskala składa się z 20 pozycji, na które badany odpowiada, wybierając jedną z czterech dostępnych odpowiedzi – cyfry od 1 do 4. Wyniki surowe mieszczą się na skali od 20 punktów (niski lęk) do 80 punktów (wysoki lęk). Wyniki indywidualne podawane są z określonym przedziałem ufności (Wrześniewski i in., 2011).

Rzetelność polskiej wersji STAI potwierdzono w licznych badaniach. Współczynnik zgodności wewnętrznej (alfa Cronbacha) dla wszystkich grup badanych przekroczył 0,8. Stabilność bezwzględna (współczynnik korelacji r-Pearsona) wynosił od 0,39 do 0,87. Trafność teoretyczna oraz kryterialna polskiej adaptacji STAI również została potwierdzona badaniami. Normalizacja kwestionariusza została przeprowadzona dla grup wiekowych 15-16, 17-18 oraz 21-79 lat (Wrześniewski i in., 2011). Brakuje norm dla grupy wiekowej 19-20 lat, dlatego na potrzeby tej pracy dla tej grupy zastosowano normy dla osób w wieku 21-79 lat.

CISS - Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych

Autorami amerykańskiej, oryginalnej wersji kwestionariusza *Coping Inventory for Stressful Situations* z 1990 roku są N. S. Endler i J. D. A. Parker, którzy nawiązali do transakcyjnego modelu stresu Lazarusa. Polska adaptacja została opublikowana w 2004 roku. Kwestionariusz służy do badań naukowych oraz do diagnozowania stylów radzenia sobie ze stresem. Może być przeprowadzany indywidualnie lub grupowo (Strelau, Jaworowska, 2020).

CISS składa się z 48 stwierdzeń dotyczących zachowań, jakie można podejmować w sytuacjach stresowych. Osoby badane zaznaczają na 5-stopniowej skali częstotliwość, z jaką one same podejmuje dane działanie w sytuacjach trudnych. Wyniki przedstawiane są na trzech skalach: SSZ – Styl skoncentrowany na zadaniu; SSE – Styl skoncentrowany na emocjach; SSU – Styl skoncentrowany na unikaniu. W każdej ze skal można uzyskać od 16 do 80 punktów. Styl SSU może przyjmować dwie formy: ACZ – Angażowanie się w czynności zastępcze oraz PKT – Poszukiwanie kontaktów towarzyskich. Wyniki indywidualne podawane są z określonym przedziałem ufności i odnoszone do norm stenowych. Podczas analizy wyników



zwraca się szczególną uwagę na dominację określonego stylu radzenia sobie ze stresem lub jej brak (Strelau, Jaworowska, 2020).

Rzetelność polskiej adaptacji CISS została potwierdzona badaniami. Współczynnik zgodności wewnętrznej (alfa Cronbacha) w większości wynosił 0,7-0,8. Trafność czynnikowa oraz kryterialna również została potwierdzona. Normalizację przeprowadzono dla osób w wieku 16-79 lat (Strelau, Jaworowska, 2020).

KPS - Kwestionariusz Poczucia Stresu

Jest to oryginalny polski kwestionariusz, który powstał w 2010 roku, a jego autorzy to Mieczysław Płopa i Ryszard Makarowski. Kwestionariusz opiera się na teorii wielowymiarowości struktury doznań stresowych. Na potrzeby tego kwestionariusza podzielono te wymiary na napięcie emocjonalne, stres zewnętrzny oraz stres intrapsychiczny. Wymiar intrapsychiczny związany jest z konfrontacją z samym sobą, a zewnętrzny z konfrontacją ze środowiskiem. Kwestionariusz może być stosowany w badaniach indywidualnych i zbiorowych (Płopa, Makatowski, 2010).

Wynik ogólny KSP informuje o uogólnionym poziomie stresu, ale podawane są również wyniki odnoszące się do poszczególnych wymiarów. Kwestionariusz zawiera też skalę kłamstwa, a gdy wyniki w tej skali są wysokie, to należy bardzo ostrożnie interpretować pozostałe wyniki. KPS składa się z 27 stwierdzeń, a zadaniem osoby badanej jest określenie stopnia, w jakim dane stwierdzenie jej dotyczy - odpowiedź zaznacza na pięciostopniowej skali. Wyniki surowe przelicza się na steny. Steny 1-2 oznaczają bardzo niski wynik, 3-4 niski, 5-6 przeciętny, 7-8 wysoki, a 9-10 bardzo wysoki (Płopa, Makatowski, 2010).

Rzetelność Kwestionariusza Poczucia Stresu została potwierdzona badaniami. Współczynnik zgodności wewnętrznej (alfa Cronbacha) wynosił 0,54-0,81. Trafność czynnikowa oraz kryterialna również została potwierdzona. Normalizację przeprowadzono dla osób w wieku 16-70 lat (Płopa, Makatowski, 2010).

Wywiad

Wywiad jest procesem, w którym badacz zadaje pytania i w ten sposób stara się oddziaływać na uczestnika badania, tak aby udzielił on odpowiedzi związanych z tematem



badania. Istnieje kilka klasyfikacji wywiadów w naukach społecznych. Według Sztumskiego (2020) wywiady można podzielić na indywidualne i zbiorowe, ustne i pisemne, skategoryzowane i nieskategoryzowane, jawne i ukryte. Wywiad zastosowany w niniejszej pracy należałoby, zgodnie z tą klasyfikacją, nazwać wywiadem ustnym, indywidualnym, jawnym i częściowo skategoryzowany. Wywiad częściowo skategoryzowany pozwala na ujednolicenie uzyskanych danych poprzez wskazanie listy pytań, które badacz powinien zadać podczas rozmowy. Daje jednak duże możliwości elastyczności w zakresie formy zadawanych pytań i ich kolejności.

W innych publikacjach opisywany jest wywiad osobisty jako jedną z trzech metod obok ankiety pocztowej i ankiety telefonicznej. Zaletą wywiadu osobistego jest duża elastyczność i możliwość zebrania dodatkowych informacji. Badacz ma podczas rozmowy możliwość kontrolowania sytuacji. W ramach tego wywiadu wyróżnia się wywiad według ustrukturuwanego planu, wywiad zogniskowany oraz wywiad nieukierunkowany. Wywiad osobisty zogniskowany (ang. *focused interview*) przeprowadzany jest zgodnie z przygotowanym wcześniej planem, porusza się w nim tematy istotne dla badania i skupia się na doświadczeniach osób badanych związanych z badaną sytuacją, ale uczestnicy badania mają dużą swobodę wypowiedzi (Frankford-Nachmias, Nachmias, 2001)

Można też spotkać w literaturze podział na wywiad kwestionariuszowy i wywiad pogłębiony, który w dużym stopniu przypomina rozmowę. Celem wywiadu pogłębionego jest poznanie osoby uczestniczącej w badaniu, jej wiedzy, sposobu myślenia, doświadczenia. Angielska nazwa tego typu wywiadu to *in-depth interview*, skrót IDI. W trakcie rozmowy wykorzystywany jest scenariusz, w którym wymienione są tematy, które należy poruszyć, ale możliwa jest duża elastyczność badacza, dopytywanie, zmiana kolejności tematów. Wszystko po to, aby rozmowa przebiegała w naturalny sposób. Wywiady pogłębione pozwalają na lepsze poznanie badanego zjawiska i indywidualnych doświadczeń uczestników badania. Badacz może poznać powiązania między faktami, motywacje, a także emocje swojego rozmówcy (Czarnik, 2020).

Na potrzeby niniejszej pracy można, w zależności od zastosowanej klasyfikacji, określić zaplanowany wywiad jako pogłębiony, częściowo ustrukturalizowany, zogniskowany na określonych tematach. Tematy wywiadu w formie proponowanych pytań przedstawiono w załączniku nr 1.



4.5. Grupa badana i przebieg badania

W przypadku metody badania jaką jest wielokrotne studium przypadku nie stosuje się logiki doboru próby wymaganej przy ewentualnym wnioskowaniu statystycznym. Ta metoda nie służy do oceniania zasięgu badanego zjawiska, a jej celem jest raczej jego dogłębne zbadanie. Rozbudowana forma badania i uwzględnienie licznych potencjalnie istotnych zmiennych uniemożliwia zbadanie dużej próby. Dlatego w studium przypadku stosuje się logikę replikacji literalnej lub teoretycznej. Podczas replikacji literalnej wybierane są przypadki z przewidywalnym podobieństwem wyników, a w replikacji teoretycznej spodziewamy się odmiennych wyników (Yin, 2015).

Istotne jest też to, że wszyscy uczestnicy niniejszego badania są ochotnikami. W literaturze opisano, że osoby, które zgłaszają się do badań na ochotnika różnią się istotnie od innych osób. Można nawet przygotować „portret psychologiczny” ochotnika, którym jest zwykle osoba o wyższym poziomie wykształcenia i inteligencji, posiadająca większy poziom zsocjalizowania i zmiennej aprobaty społecznej. Osoby te cechuje również niższy poziom autorytaryzmu, a wyższy altruizmu. Ochotnicy są też zazwyczaj osobami bardziej otwartymi. Mimo to w badaniach psychologicznych przeważają ochotnicy, którzy stanowią 70-90% osób uczestniczących w takich badaniach (Brzeziński, 2012).

W przypadku wielokrotnego *case study research* zalecane jest poddanie badaniu co najmniej 2-4 przypadków, a maksymalnie 10 przypadków (Lisiecka, Kostka-Bochenek, 2009). Dla celów niniejszej pracy zdecydowano się na badanie 6 osób, co umożliwiło poznanie perspektywy studentów uczelni publicznych i prywatnych, zróżnicowanych pod względem płci, wieku i profilu studiów.

Główną część badania poprzedził proces rekrutacji uczestników, który trwał kilka miesięcy i w jego czasie doszło do tzw. *experimental mortality*, czyli utraty osób badanych i zmniejszenia próby, która mogła spowodować, że badacz nie byłby w stanie zebrać wszystkich danych od osób badanych z powodu ich rezygnacji (Frankfort-Nachmias, Nachmias, 2001). Rekrutacja odbywała się początkowo za pośrednictwem osób współpracujących na uczelniach ze studentami w spektrum autyzmu. Na tym etapie nie udało się zachęcić do udziału w badaniu wystarczającej liczby osób. Drugim etapem rekrutacji uczestników było umieszczenie ogłoszenia na grupie dla studentów prowadzonej w mediach społecznościowych.



Ostatecznie w badaniu wzięło udział 6 osób w wieku od 18 do 23 lat, w tym: 3 uczestników z uczelni prywatnych, 3 z uczelni publicznych; 3 mężczyzn i 3 kobiety; 4 osoby studiuje na kierunkach humanistycznych i 2 na kierunkach ścisłych. Wszystkie osoby biorące udział w badaniu posiadały diagnozę zaburzeń ze spektrum autyzmu potwierdzoną przez lekarza psychiatrę. Diagnozy, które były właściwe ze względu na przedmiot niniejszej pracy to wg. ICD-10: F84.0 Autyzm dziecięcy, F84.1 Autyzm atypowy, F84.5 Zespół Aspergera; wg. ICD-11: 6A02 Zaburzenia ze spektrum autyzmu lub wg. DSM-5: 299.00 Spektrum zaburzeń autystycznych.

Badania przeprowadzono między 30 października 2025 r. a 14 grudnia 2025 r. Osoby, które wyraziły chęć wzięcia udziału w badaniu, otrzymały szczegółową ustną informację dotyczącą przebiegu badania, zapewnienia anonimowości i poufności. Wszystkie spotkania odbywały się online i ze względu na specyfikę zaburzeń ze spektrum autyzmu, zrezygnowano z włączania kamery. Osoby uczestniczące w badaniu zostały poinformowane, że w każdej chwili mogą przerwać badanie, a także, że możliwe jest rozłożenie badania na kilka spotkań. Nikt nie skorzystał z tej możliwości.

Osoby badane wypełniały podczas spotkania indywidualnego trzy kwestionariusze psychologiczne (STAI, CISS, KPS), a następnie przeprowadzany był z nimi indywidualnie wywiad pogłębiony, częściowo ustrukturyzowany na podstawie kwestionariusza i pytań przygotowanych na potrzeby tej pracy – załącznik nr 1. W trakcie wywiadów na bieżąco przygotowana została transkrypcja – załącznik nr 2. Czas trwania wywiadu wynosił średnio 50 minut (od 30 do 90 minut). Z transkrypcji usunięto informacje, które pozwoliłyby na zidentyfikowanie uczestników badania oraz informacje nieistotne dla badania.

Osoby uczestniczące w badaniu zostały poinformowane, że dochowano wszelkich starań, aby zapewnić anonimowość i poufność. Anonimowość polega na rozdzieleniu uzyskanych informacji od tożsamości osób badanych, tak aby nie było możliwe powiązanie informacji z konkretnymi osobami. Poufność to zadbanie o to, aby informacje, na podstawie których można zidentyfikować dane osoby, nie zostały upublicznione (Frankfort-Nachmias, Nachmias, 2001).

Aby zapewnić anonimowość w pracy, zrezygnowano z podawania danych osobowych. Osoby badane opisywane są jako osoba: A, B, C, D, E, F. Zrezygnowano z podawania nazwy uczelni i miejsca jej siedziby, a także dokładnej nazwy kierunku studiów, która mogłaby umożliwić identyfikację uczestników badania.



5. Wyniki badań własnych – wielokrotne studium przypadku

W tym rozdziale przedstawione zostaną informacje z wywiadów przeprowadzonych z sześcioma uczestnikami badania oraz wyniki przeprowadzonych badań indywidualnych. Podczas omawiania wyników zastosowana zostanie najbardziej powszechna interpretacji skali stenowej, w której: 1-2 to wynik bardzo niski, 3 niski, 4 obniżony, 5-6 średni, 7 podwyższony, 8 wysoki, a 9-10 bardzo wysoki.

5.1. Indywidualne wyniki badań

Osoba A

Osoba A ma 23 lata. W chwili przeprowadzania badania mieszkała z rodzicami, studiowała na uczelni prywatnej na pierwszym roku studiów humanistycznych, niestacjonarnych 2-letnich uzupełniających. Wcześniej ukończyła 3-letnie studia stacjonarne licencjackie na uczelni publicznej.

Afekt obserwowany podczas rozmowy był dostosowany do sytuacji. Osoba badana wypowiadała się poprawnie językowo, głos chwilami był lekko drżący z powodu stresu. Początkowo głos był mocny, tempo odpowiedzi na pytania było szybkie. Z czasem głos stawał się coraz cichszy, czas potrzebny na odpowiedź wydłużał się, wyczuwalne było zmęczenie rozmową. Odpowiedzi na pytania były zazwyczaj krótkie, rzadko zdarzały się bardziej rozbudowane. Zależało jej na szybkim ustaleniu terminu spotkania online, ponieważ czekanie na coś nieznanego wiąże się u niej z dużym stresem.

Diagnozę zaburzeń spektrum autyzmu otrzymała w wieku 21 lat w trakcie drugiego roku studiów. Objawy, które mogły sugerować występowanie ASD, zauważono na pierwszym roku studiów. W podjęciu decyzji o rozpoczęciu diagnozy bardzo jej pomogła rozmowa z wykładowcą. Na wcześniejszych etapach edukacji nikt nie sugerował konieczności diagnozowania w kierunku autyzmu, mimo, że od czasów przedszkola miała problemy z nawiązywaniem kontaktów z rówieśnikami. Była uznawana za osobę cichą, nieśmiałą i spokojną. Od podstawówki miała objawy zaburzeń lękowych i z tego powodu od czasu gimnazjum była objęta opieką psychiatry. Na etapie liceum była diagnozowana w kierunku dysleksji, miała problemy z nauką.



Trudno jej było określić, jak ocenia swoje zdrowie, ale w okresie, gdy przeprowadzano tą rozmowę, była bardzo zestresowana, ponieważ za kilka dni zaczynała pierwszą pracę. Stres odczuwała w tej sytuacji głównie z tego powodu, że nie wiedziała, czego może się spodziewać. Bała się, czy nie popełni jakiejś gąfy z powodu niezajomości zasad, nie wiedziała, czy uda jej się porozumieć z nowymi osobami. Kontakt z dorosłymi, przyszłymi współpracownikami był dla niej źródłem lęku. Mniejsze obawy dotyczyły kontaktu z dziećmi, osobami dużo młodszymi od niej.

Według relacji osoby badanej stres i ciągły lęk był przy niej przez całe życie. Oceniała, że jest on częścią jej, jest przewlekły. Lęk odczuwała zazwyczaj w swoim ciele jako uczucie ciepła, szybko bijące serce, napięcie mięśni pleców. W sytuacjach silnego stresu miała problem z oddychaniem, towarzyszyło jej uczucie zablokowania klatki piersiowej. Pojawiały się duszności, robiło jej się słabo. W takich sytuacjach nie umiała się uspokoić. Czuła się jakby jej organizm był „najeżony”. Oceniała też, że sama nakręca się podczas stresu, opisała, że jest to jakby w jej ciele był „chomik w kołowrotku”. Ćwiczenia oddechowe i techniki relaksacyjne nie pomagały jej w momencie stresie. Opisywała, że w stresie mówi szybciej, cała się trzęsie, chce, żeby to jak najszybciej minęło.

Osoba badana zadeklarowała, że zna ćwiczenia oddechowe takie jak: oddychanie przeponą, wydech dwa razy dłuższy niż wdech. Innych metod nie znała, a podczas rozmowy przypomniała sobie, że w celu obniżenia lęku można chodzić do osteopaty.

W czasie studiów objawy lękowe i poziom stresu bardzo się nasiliły. Miała problem z nawiązywaniem relacji z rówieśnikami, z wystąpieniami publicznymi na forum grupy, a także z pracą w grupie, współpracą z innymi osobami. Pojawiały się objawy psychosomatyczne, takie jak ból brzucha. Problemem były egzaminy pisemne, podczas których nie mogła się skupić, drażniły ją najcichsze dźwięki, takie jak szuranie. Poziom stresu zwiększała też sytuacja, gdy było dużo osób w jednej sali.

Sytuacja poprawiła się na drugim roku studiów dzięki diagnozie i uzyskaniu indywidualnej organizacji studiów. Dzięki temu możliwe było zdawanie egzaminów w mniejszej sali, a także w innym terminie niż pozostali studenci. Ta forma dostosowania umożliwiła też zdawanie egzaminów ustnie tylko w obecności wykładowcy. Istotnym dla niej dostosowaniem była możliwość rezygnacji z pracy w grupie, a w zamian samodzielne przygotowywanie prezentacji i ich wygłaszanie tylko w obecności wykładowcy. Możliwa była też zmiana formy ustnej egzaminu na pisemną. Uzyskanie indywidualnej organizacji studiów



więzało się też z mniejszą liczbą wymaganych obecności na zajęciach, wystarczająca była obecność na połowie zajęć.

Oficjalne poinformowanie uczelni o diagnozie zaburzeń ze spektrum autyzmu odbyło się poprzez złożenie pisemnego podania o indywidualną organizację studiów do kierownika kierunku studiów. Procedura uzyskania racjonalnych usprawnień podczas studiowania nie była skomplikowana i wiązała się tylko z tym jednym działaniem. Dodatkowym wsparciem, które uzyskała dzięki diagnozie, była możliwość korzystania z wsparcia psychologa na uczelni. Wszystkie formy wsparcia uzyskane dzięki diagnozie oceniła jako bardzo pomocne – zwłaszcza indywidualną organizację studiów. Dzięki temu wsparciu lęk związany ze studiowaniem był mniejszy, ale nadal był.

Inne, zaproponowane przez osobę badaną, formy wsparcia, które nie były dostępne na uczelni, ale byłyby dla niej bardzo przydatne to zorganizowanie na terenie uczelni cichej przestrzeni – miejsca, gdzie można pójść, gdy ktoś jest przebudźcowany. Osoba badana oceniła, że jej by to bardzo pomogło. Kolejne propozycje to spotkania grupowe, grupy wsparcia, warsztaty radzenia sobie ze stresem, trening asertywności, rozładowania emocji, które powinny być dostępne dla wszystkich studentów, a nie tylko dla studentów w spektrum.

Osoba badana korzystała z dodatkowego wsparcia poza tym, które oferuje uczelnia. Raz w tygodniu miała terapię indywidualną prowadzoną przez psychologa, ale nie wie w jakim nurcie. Wcześniej uczestniczyła też w terapii grupowej dla osób w spektrum autyzmu. Oceniała jednak, że terapia grupowa nie jest dla niej, głównie z tego powodu, że często problemy jednej osoby zajmowały większość czasu przeznaczony dla całej grupy.

Podczas rozmowy o dodatkowym wsparciu, osoba badana oceniła, że nie ma żadnego wsparcia od rodziny, spotyka się raczej z negowaniem diagnozy. Wiedziała, że bliscy starają się ją zrozumieć, ale w jej ocenie nigdy jej nie rozumieją, dlatego że za bardzo się różnią. Nie miała w momencie badania żadnych bliskich znajomych, przyjaciół. Wcześniej miała jedną bliską koleżankę, ale nigdy nie mówiła jej o diagnozie. Zadeklarowała, że nie ma rówieśniczej, nieformalnej grupy wsparcia, nie ma wsparcia innych osób w spektrum. Stwierdziła, że podczas studiów stacjonarnych osoby, z którymi studiowała wiedziały o jej diagnozie, ale trudno jej było ocenić, czy dostała od nich wsparcie.

Osoba badana oceniła, że jest szczęśliwa, że dostała diagnozę zaburzeń ze spektrum autyzmu, ponieważ dzięki temu wie „dlaczego jest taka, a nie inna i w jakim kierunku iść”. W momencie przeprowadzania badania jej stres związany ze studiami był mniejszy, ponieważ



rozpoczęte studia uzupełniające niestacjonarne były prowadzone online. Wpłynęło to pozytywnie na jej dobrostan psychiczny. Oceniała też, że wywiad prowadzony podczas tego badania i konieczność wracanie do wspomnień związanych ze stresem akademickim też są dla niej trudne.

W tabeli nr 2 przedstawiono wyniki osoby A uzyskane w STAI – Inwentarzu Stanu i Cechy Lęku. Należy szczególnie zwrócić uwagę na bardzo wysoki wynik w skali X-2, czyli lęk jako cecha. Wynik przy 85% przedziale ufności mieści się w zakresie 9-10 stenu, co oznacza, że osoba badana prawdopodobnie przez większość czasu odczuwała lęk, a w sytuacjach trudnych reagowała silnym napięciem. Prawdopodobnie jest osobą bardzo wrażliwą emocjonalnie. Mogła unikać konfrontacji i skupiać się głównie na negatywnych emocjach. Mogła też mieć obniżoną sprawność intelektualną w sytuacjach trudnych i mieć problem z efektywnym działaniem w sytuacji, które uznaje za zagrożenie. Wyniki uzyskane w skali X-1, czyli lęk jako stan z 85% prawdopodobieństwem mieszczą się w zakresie wyników średnich i wysokich. Potwierdza to deklarację, że udział w tym badaniu też wiązał się u niej z lękiem.

Tabela nr 2. Osoba A – Inwentarz Stanu i Cechy Lęku

	Wynik surowy	Sten	Przedział ufności 85% w punktach	Przedział ufności 85% w stenach	Interpretacja
X-1 Lęk jako stan	45	8	41-49	6-8	Wynik mieści się między średnim a wysokim
X-2 Lęk jako cecha	63	10	59-67	9-10	Wynik bardzo wysoki

Źródło: badania własne

Większość wyników uzyskanych przez osobę A w Kwestionariuszu Poczucia Stresu jest na poziomie 7-8 stena – wyniki przedstawiono w tabeli nr 3. Najwyższy wynik (8 sten) osoba badana uzyskała w skali napięcia emocjonalnego, co mogło oznaczać, że często była zdenerwowana i odczuwała niepokój. Mogła doświadczać problemów podczas prób stosowania metod relaksacyjnych. Możliwe, że często odczuwała zmęczenie i rezygnowała z aktywności



z powodu braku energii i zasobów. Wynik dla skali stresu zewnętrznego był podwyższony, a dla stresu intrapsychnicznego na poziomie średni.

Tabela nr 3. Osoba A – Kwestionariusz Poczucia Stresu

	Wynik surowy	Sten wg. normy dla wieku	Interpretacja
Napięcie emocjonalne	31	8	Wynik wysoki
Stres zewnętrzny	29	7	Wynik podwyższony
Stres intrapsychniczny	28	6	Wynik średni
Skala ogólna	88	7	Wynik podwyższony
Skala kłamstwa	20	7	Wynik podwyższony

Źródło: badania własne

Z wyników uzyskanych w Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS, przedstawionych w tabeli nr 4 wynika, że dominujący u osoby A styl radzenia sobie ze stresem to styl skoncentrowany na emocjach. Uzyskany wynik z 85% prawdopodobieństwem mieści się między wynikami podwyższonymi a bardzo wysokimi (7-9 sten), więc prawdopodobnie osoba badana w sytuacjach stresowych koncentrowała się na sobie i swoich emocjach. Styl ten jest nieadaptacyjny. Może wiązać się z niską chęcią podejmowania wyzwań, zwłaszcza w edukacji lub przyszłej pracy zawodowej. Osoba badana zagrożona jest wyczerpaniem emocjonalnym i wypaleniem edukacyjnym, a w przyszłości zawodowym. Istotny jest wynik w zakresie poszukiwania kontaktów towarzyskich w sytuacjach trudnych – mieści się on w zakresie wyników niskich i bardzo niskich. Oznacza to, że w przypadku silnego stresu osoba badana nie korzystała z pomocy innych osób, albo nie umiała prosić o pomoc. Warto podkreślić, że styl PKT jest uznawany za adaptacyjny styl reagowania na sytuacje trudne.



Tabela nr 4. Osoba A - Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych

	Wynik surowy	Sten	Przedział ufności 85% w punktach	Przedział ufności 85% w stenach	Interpretacja
Styl skoncentrowany na zadaniu	45	3	41-49	3-4	Wynik mieści się między niskim a obniżonym
Styl skoncentrowany na emocjach	61	8	55-67	7-9	Styl dominujący Wynik mieści się między podwyższonym a bardzo wysokim
Styl skoncentrowany na unikaniu	33	2	27-39	1-3	Wynik mieści się między bardzo niskim a niskim
Angażowanie się w czynności zastępcze	14	3	10-18	1-5	Wynik mieści się między bardzo niskim a średnim
Poszukiwanie kontaktów towarzyskich	9	2	6-12	1-3	Wynik mieści się między bardzo niskim a niskim

Źródło: badania własne

Zalecenia psychoterapeutyczne

Ze względu na wysoki poziom lęku i stresu oraz zdecydowanie nieadaptacyjny styl radzenia sobie ze stresem zalecane jest kontynuowanie psychoterapii.

Osoba badana powinna być objęta psychoedukacją w zakresie metod radzenia sobie ze stresem, najlepiej w formie warsztatów grupowych dla osób w spektrum autyzmu. Dla dobrostanu osoby badanej istotna będzie próba zbudowania grupy wsparcia poprzez nawiązanie kontaktu stacjonarnego lub online z innymi młodymi dorosłymi w spektrum autyzmu. Może w tym pomóc uczestniczenie w grupach wsparcia organizowanych np. przez fundację „Dziewczyna w spektrum” lub inne organizacje zajmujące się wspieraniem osób z autyzmem. Podczas takich spotkań osoba badana mogłaby nauczyć się też korzystania w sytuacjach stresowych ze wsparcia innych osób o podobnych doświadczeniach.

Warte rozważenia jest skorzystanie z konsultacji u doradcy zawodowego specjalizującego się w pracy z osobami neuroatypowymi i rozpoczęcie nowej pracy w warunkach pracy chronionej, np. pod opieką trenera pracy.



Osoba B

Osoba B ma 20 lat. W chwili przeprowadzania badania mieszkała z rodziną i studiowała na uczelni publicznej. Była na pierwszym roku studiów stacjonarnych, kierunku humanistyczny. Z powodu dużego nasilenia lęku nie chodziła od kilku tygodni na zajęcia. Miała wcześniejsze doświadczenie związane ze studiami w poprzednim roku akademickim, ale w trakcie zimowej sesji egzaminacyjnej pogorszył się jej stan psychiczny i zrezygnowała ze studiów.

Podczas wywiadu udzielała zazwyczaj bardzo krótkich odpowiedzi. Jej głos był bardzo cichy, często pojawiała się odpowiedź „nie wiem”. Afekt obserwowany podczas rozmowy był dostosowany do sytuacji.

Osoba badana była od kilku lat pod opieką lekarza psychiatry z powodu zaburzeń depresyjnych i lękowych. Diagnozę spektrum autyzmu otrzymała w połowie liceum po sugestii rodzica, że jej problemy mogą wynikać z autyzmu. W liceum miała orzeczenie o kształceniu specjalnym oraz dostosowania na egzaminie maturalny. Związany był z tym wydłużony czas podczas egzaminu i możliwość pisania w małej sali. Dostosowania te były pomocne, ponieważ było cicho i było mniej stresu, czy zdąży napisać cały egzamin.

W codziennym życiu bardzo często odczuwała lęk i stres. Najczęściej pojawiał się wtedy przyspieszony oddech oraz mocne pocenie się. W takich sytuacjach myślała o wszystkich najgorszych scenariuszach i tym jak dana sytuacja mogłaby pójść źle.

Stres związany był z kontaktami z ludźmi, ale głównie tymi formalnymi, np. załatwianie spraw w urzędzie, wizyta u lekarza. Osoba badana ocenia, że studiowanie w całości było stresujące, ale najgorsze było porównywanie siebie do innych osób i obawa, że wychodzi się źle w tym porównaniu. Oceny formalne też były stresujące, ale oceniła, że jest to stres, który ma wiele osób, także neurotypowych, które nie chcą dostać złej oceny. Wszystkie wypowiedzi ustne podczas studiów również oceniła jako bardzo stresujące, mimo, że sama się często wypowiadała podczas zajęć z własnej woli. Najgorsze w jej ocenie było niespodziewane wywoływanie do odpowiedzi oraz prezentacje na forum grupy. W momencie badania najtrudniejsze było myślenie o tym, że nie udało się ukończyć roku. Uważała, że podczas studiowania były też dobre momenty, jak poznanie nowych znajomych oraz sytuacje, gdy udało jej się coś zrobić dobrze. Dużym problemem podczas studiowania było czekanie na zajęcia i egzaminy w tłoku. Nie przeszkadzało jej pisanie egzaminów w dużych salach, ale problem było zdawanie egzaminów ustnych w obecności innych osób.



Osoba badana знаła metody radzenia sobie ze stresem takie jak ćwiczenia oddechowe, które stosowała raczej rzadko. Innych metod nie mogła sobie przypomnieć, chociaż wie, że jeszcze jakieś są. Najczęściej stosowaną przez nią strategią było unikanie sytuacji stresowych, a także myślenie katastroficzne, analizowanie każdej sytuacji pod kątem tego, co może pójść źle, co mogło być też przydatne, bo pozwalało przygotować się na różne scenariusze.

Pod koniec semestru zimowego poprzedniego roku otrzymała decyzję o przyznanych dostosowaniach. Nie pamiętała dokładnie jak wyglądało zgłoszenie, bo to było bardzo stresujące. Zgłoszenie było jednak proste, odbywało się online i nie wymagało wizyty na uczelni. Otrzymała wsparcie: wydłużony czas na egzaminach i zaliczeniach. Mogła też zmienić formę niektórych egzaminów i zaliczeń, ale ocenia to dostosowanie jako mało konkretne. Dostała też możliwość skorzystania z pomocy asystenta dydaktycznego, ale nie korzystała z tej formy wsparcia, ponieważ nie czuła, żeby to mogło pomóc. Otrzymane dostosowania i poinformowanie uczelni o diagnozie spektrum autyzmu trochę jej pomogło i trochę zmniejszyło poziom stresu.

Osoba badana ocenia, że wsparcie otrzymane na uczelni i podejście wykładowców do studentów było prawidłowe, ale problemem była ona sama.

Dodatkowe wsparcie otrzymywała od lekarza psychiatra. Uczęszczała też przez kilka lat na psychoterapię i planowała powrót na terapię. Miała też za sobą doświadczenie udziału w grupie terapeutycznej dla młodzieży.

Osoba badana miała stałe wsparcie od rodziny i przyjaciół. Osoby z grupy na studiach nie były przez nią informowane, że jest w spektrum, więc stwierdziła, że nikt nie powiedział, że „*to jest wsparcie, którego udzielam, bo jesteś w spektrum*”. Znajomi zauważali jej problemy i udzielali pomocy, np. przy przebodźcowaniu.

W jej przypadku pokój wyciszeni nie byłby dobrym pomysłem, ponieważ zajęcia były rozrzucone po całym mieście, w przerwach musiała się przemieszczać między budynkami, więc nawet nie miałyby czasu na korzystanie z takiego pokoju, gdyby był dostępny. Mogłoby jej pomóc wcześniejsze zapoznanie z budynkami uczelni, żeby się nie gubić w pierwszych dniach zajęć, ale to nie jest związane ze spektrum autyzmu i powinno być dostępne dla wszystkich studentów.

Dużym problemem podczas studiowania były dojazdy na uczelnię i związane z tym przebodźcowanie i zmęczenie. Możliwość uczestniczenia w niektórych zajęciach online nie



byłaby pomocna z powodu ewentualnego mieszania się zajęć stacjonarnych i online w czasie jednego dnia. Nie zawsze byłaby możliwość, żeby zdążyć wrócić do domu i połączyć się na zajęcia. Na zajęciach online była też niepewność, czy będzie wpisana obecność, ponieważ nie było listy i sprawdzania obecności.

W tabeli nr 5 przedstawiono wyniki osoby B uzyskane w STAI – Inwentarzu Stanu i Cechy Lęku. Wyniki uzyskane w skali X-2 z 85% prawdopodobieństwem mieściły się między podwyższonymi a wysokimi (7-8 sten). Oznacza to, że osoba badana mogła skupiać się na negatywnych emocjach, była nieśmiała i nieufna. W sytuacjach stresowych mogła reagować dużym napięciem, a nawet wycofywać się i unikać konfrontacji. Wynik uzyskany w skali X-1 mieścił się pomiędzy niskimi a średnimi, co pozwoliło na stwierdzenie, że przeprowadzone badanie nie było dla niej trudnym doświadczeniem.

Tabela nr 5. Osoba B – Inwentarz Stanu i Cechy Lęku

	Wynik surowy	Sten	Przedział ufności 85% w punktach	Przedział ufności 85% w stenach	Interpretacja
X-1 Lęk jako stan	32	4	28-36	3-5	Wynik mieści się między niskim a średnim
X-2 Lęk jako cecha	51	7	47-55	7-8	Wynik mieści się między podwyższonym a wysokim

Źródło: badania własne

Większość wyników uzyskanych przez osobę B w Kwestionariuszu Poczucia Stresu było na poziomie obniżonym – wyniki przedstawiono w tabeli nr 6. Oznacza to, że osoba badana nie doświadczała napięcia emocjonalnego, stresu zewnętrznego i stresu intrapsychicznego. Wyniki te nie są spójne z informacjami uzyskanymi podczas wywiadu, ale na wyniki mogła też wpłynąć sytuacja osoby badanej, czyli dłuższa przerwa w procesie studiowania oraz ograniczenie innych aktywności oraz interakcji społecznych.



Tabela nr 6. Osoba B – Kwestionariusz Poczucia Stresu

	Wynik surowy	Sten wg. normy dla wieku	Interpretacja
Napięcie emocjonalne	18	4	Wynik obniżony
Stres zewnętrzny	17	4	Wynik obniżony
Stres intrapsychiczny	23	6	Wynik średni
Skala ogólna	58	4	Wynik obniżony
Skala kłamstwa	21	7	Wynik podwyższony

Źródło: badania własne

Z wyników uzyskanych w Kwestionariuszu Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS, przedstawionych w tabeli nr 7 wynika, że dominujący u osoby B styl radzenia sobie ze stresem to styl skoncentrowany na emocjach. Z 85% prawdopodobieństwem osoba ta w trudnych sytuacjach koncentrowała się na swoich emocjach, mogła też zmniejszać napięcie poprzez myślenie życzeniowe i fantazjowanie. Styl ten nie jest adaptacyjny, a w dłuższej perspektywie grozi wypaleniem edukacyjnym i niechęcią do podejmowania wyzwań. Nieadaptacyjny jest także brak poszukiwania kontaktów towarzyskich w sytuacjach trudnych. Wynik na poziomie między niskim a bardzo niskim oznacza, że osoba badana najczęściej wybierała odizolowanie i nie prosiła o pomoc.

Tabela nr 7. Osoba B - Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych

	Wynik surowy	Sten	Przedział ufności 85% w punktach	Przedział ufności 85% w stenach	Interpretacja
Styl skoncentrowany na zadaniu	59	6	55-63	5-7	Wynik mieści się między średnim a podwyższonym
Styl skoncentrowany na emocjach	60	8	54-66	7-9	Styl dominujący Wynik mieści się między podwyższonym a bardzo wysokim
Styl skoncentrowany na unikaniu	17	1	11-23	1	Wynik bardzo niski
Angażowanie się w czynności zastępcze	14	3	10-18	1-5	Wynik mieści się między bardzo niskim a średnim
Poszukiwanie kontaktów towarzyskich	9	2	6-12	1-3	Wynik mieści się między bardzo niskim a niskim

Źródło: badania własne

Zalecenia psychoterapeutyczne

Ze względu na wysoki poziom lęku i nieadaptacyjny styl radzenia sobie ze stresem zalecane jest podjęcie psychoterapii w nurcie poznawczo-behawioralnym lub tzw. III fali, np. DBT lub ACT.

Istotne będzie zgłoszenie się do centrum wsparcia na uczelni w celu określenia planu pomocy w powrocie na studia. Możliwe, że konieczna będzie zmiana trybu studiowania na indywidualną organizację studiów. Jeśli kontynuacja studiów nie będzie możliwa to wskazane byłoby skonsultowanie tej sytuacji z doradcą zawodowym specjalizującym się w pracy z osobami w spektrum autyzmu.

Pomocne może być też dołączenie do grupy wsparcia dla studentów w spektrum autyzmu i korzystanie z ich doświadczenia w zakresie problemów podczas procesu studiowania. Warto rozważyć skorzystanie z pomocy asystenta dydaktycznego podczas załatwiania spraw formalnych na uczelni.



Osoba badana powinna być objęta psychoedukacją w zakresie metod radzenia sobie ze stresem.

Osoba C

Osoba C ma 18 lat. W tym roku zdała maturę i rozpoczęła studia na kierunku humanistycznym w trybie stacjonarnym na niepublicznej uczelni w swoim rodzinnym mieście. W chwili przeprowadzania badania mieszkała z rodzicami.

Osoba badana podczas wywiadu miała bardzo cichy, monotony głos, często niewyraźny, zbliżony do szeptu. Przez większość czasu nie wyrażała emocji, tylko w momencie rozmowy o przyjaciółce i ich relacjach jej głos się ożywił.

Diagnozę spektrum otrzymała w 2024 roku w wieku 17 lat – przed maturą. Na maturze miała już przyznane dostosowania dla osób w spektrum autyzmu i mogła skorzystać z wydłużonego czasu na egzaminie.

Osoba badana deklarowała, że ma częste problemy zdrowotne: nawracające infekcje dróg oddechowych, bóle brzucha, nudności, poczucie duszności, zasłabnięcia. Mimo rozbudowanej diagnostyki, nie znaleziono przyczyny medycznej, więc było podejrzenie, że są to problemy psychosomatyczne związane z zaburzeniami lękowymi.

Podczas silnego stresu pojawiały się u niej podobne problemy, czyli trzęsły się nogi, robiło się duszno, było jej niedobrze i bolał ją brzuch. Źródłem stresu dla osoby badanej były głównie sytuacje społeczne i tzw. „wychodzenie do ludzi”, w tym uczestniczenie w zajęciach na uczelni.

Osoba badana potwierdziła, że zna dwa sposoby na radzenia sobie ze stresem: skupienie się na oddechu i myślenie o czymś innym. Nie знаła żadnych konkretnych technik radzenia sobie ze stresem, żaden specjalista jej tego nie nauczył.

Podczas wywiadu oceniła, że jej stan psychiczny jest mocno powiązany ze studiowaniem, właśnie przez konieczność kontaktów z innymi osobami.

Mimo, że w chwili badania nie zgłosiła jeszcze oficjalnie na uczelni, tego, że jest w spektrum autyzmu i nie posiadała dokumentu z przyznanymi dostosowaniami to mogła korzystać ze wsparcia. Uczelnia zapewniła jej indywidualne podejście, więcej czasu na pisanie



prac, wyznaczanie konkretnych terminów spotkań z prowadzącymi, zamiast czekania na korytarzu i zastanawiania się, czy ktoś przyjdzie i czy ją przyjmie.

Osoba badana potwierdziła, że oczekiwałaby dodatkowego wsparcia w postaci stworzenia cichego miejsca, gdzie można odpocząć w momencie, gdy jest się mocno zestresowanym i przebodźcowanym.

Deklarowała, że ma bardzo dużo wsparcia ze strony rodziny i przyjaciół. Przyjaźniła się z jedną osobą w spektrum, a drugą przyjaciółkę namówiła na diagnozę.

Od czasu liceum uczęszczała na psychoterapię i grupowy trening umiejętności społecznych. Na zajęciach było zazwyczaj czterech uczestników i osoba prowadząca. Podczas takich zajęć uczestnicy zwykle ćwiczyli sytuacje społeczne w sali, ale planowane były też wyjścia na zewnątrz i ćwiczenie tych sytuacji w naturalnym środowisku z wsparciem terapeutów.

Osoba badana uważała, że najważniejsze dla studentów w spektrum autyzmu jest korzystanie z większej liczby dopuszczalnych nieobecności na zajęciach, możliwość pisania indywidualnie lub w bardzo małej sali, możliwość korzystania ze słuchawek wyciszających.

Nie była przekonana, czy potrzebny byłby jej asystent dydaktyczny. Dotychczas pomagało jej to, że wszędzie mogła pójść z przyjaciółką, która pomagała jej w załatwianiu formalności i wspierała ją podczas rozmów z wykładowcami. Możliwość bycia z inną osobą znacząco zmniejszała jej stres podczas sytuacji społecznych.

Osoba badana oczekiwałaby od uczelni dokładnego, wcześniejszego wytłumaczenia procedur, zasad funkcjonowania, zaczynając od procesu rekrutacji na studia. Nie musiałyby to być spotkania stacjonarne, dobra byłaby też forma mailowa, opisanie procedur. Dobrze zrobiłaby też możliwość wcześniejszego zapoznania się z budynkiem i osobami prowadzącymi zajęcia w kameralnych grupach.

W tabeli nr 8 przedstawiono wyniki osoby C uzyskane w STAI – Inwentarzu Stanu i Cechy Lęku. Wyniki przeliczone są bardzo wysokie w obu skalach (9-10 sten). Wynik w skali X-1 lęk jako stan sugeruje, że osoba badana nie czuła się komfortowo w trakcie badania, a jej poziom stresu związany z tą sytuacją był bardzo wysoki. Mogło to też wpłynąć na wyniki pozostałych testów i informacje uzyskane w czasie wywiadu. Równie wysoki wynik osoba badana uzyskała w skali X-2 lęk jako cecha. Tak wysoki wynik oznacza, że prawdopodobnie osoba badana jest bardzo wrażliwa emocjonalnie, a w sytuacjach trudnych reagowała



napięciem. Unikała konfrontacji i skupiała się na negatywnych emocjach. Mogła mieć obniżoną sprawność intelektualną w sytuacjach trudnych i mieć problemy z efektywnym działaniem w sytuacjach, które uznała za zagrożenie.

Tabela nr 8. Osoba C – Inwentarz Stanu i Cechy Lęku

	Wynik surowy	Sten	Przedział ufności 85% w punktach	Przedział ufności 85% w stenach	Interpretacja
X-1 Lęk jako stan	58	10	54-62	9-10	Wynik bardzo wysoki
X-2 Lęk jako cecha	62	10	57-67	9-10	Wynik bardzo wysoki

Źródło: badania własne

Wszystkie wyniki uzyskane przez osobę C w Kwestionariuszu Poczucia Stresu są na poziomie 7-8 stena – wyniki przedstawiono w tabeli nr 9. Wyniki przeliczone wskazują, że osoba prawdopodobnie doświadcza dużego stresu we wszystkich trzech kategoriach. Wysoki wynik w skali napięcia emocjonalnego sugeruje, że osoba badana prawdopodobnie odczuwa często niepokój i jest nadmiernie nerwowa. Może doświadczać problemów podczas próby odprężenia się. Często rezygnuje z zdań, co może być też związane z tym, że brakuje jej energii do ich realizacji i często odczuwa zmęczenie. Może mieć tendencje do dużej drażliwości w relacjach z innymi osobami. Wynik w skali stresu zewnętrznego i intrapsychicznego są podwyższone, co oznacza, że osoba badana mogła być pesymistką, mieć tendencje rezygnacyjne. Mogła uważać, że jest niesprawiedliwie traktowana, stawiane jej wymagania są zbyt wysokie, a ona była zbyt słaba psychicznie, żeby im podołać.

Tabela nr 9. Osoba C – Kwestionariusz Poczucia Stresu

	Wynik surowy	Sten wg. normy dla wieku	Interpretacja
Napięcie emocjonalne	30	8	Wynik wysoki
Stres zewnętrzny	26	7	Wynik podwyższony
Stres intrapsychiczny	28	7	Wynik podwyższony
Skala ogólna	84	8	Wynik wysoki
Skala kłamstwa	17	5	Wynik średni

Źródło: badania własne

Z wyników uzyskanych w Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS, przedstawionych w tabeli nr 10 wynika, że dominujący u osoby C styl radzenia sobie ze stresem to styl skoncentrowany na emocjach. Z 85% prawdopodobieństwem można stwierdzić, że osoba badana w sytuacjach stresowych koncentrowała się na sobie i swoich emocjach. Styl ten jest zdecydowanie nieadaptacyjny. Mógł wiązać się z niską chęcią podejmowania wyzwań, zwłaszcza w edukacji lub przyszłej pracy zawodowej. Osoba badana zagrożona była również wyczerpaniem emocjonalnym i wypaleniem edukacyjnym. Wyniki w pozostałych skalach były na poziomie między średnim a wysoki, co oznacza, że osoba badana w sytuacjach trudnych była w stanie koncentrować się na zadaniach, ale miała także tendencję do angażowania się w czynności zastępcze. Warto też zwrócić uwagę, że wynik w skali PKT jest w zakresie wyników niskich i średnich, co oznacza, że w sytuacji stresu osoba badana mogła nie poszukiwać kontaktów towarzyskich i nie liczyła na pomoc oraz wsparcie emocjonalne innych osób.

Tabela nr 10. Osoba C - Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych

	Wynik surowy	Sten	Przedział ufności 85% w punktach	Przedział ufności 85% w stenach	Interpretacja
Styl skoncentrowany na zadaniu	60	6	56-64	5-7	Wynik mieści się między średnim a podwyższonym
Styl skoncentrowany na emocjach	65	9	59-71	8-10	Styl dominujący Wynik mieści się między wysokim a bardzo wysokim
Styl skoncentrowany na unikaniu	54	6	48-60	5-8	Wynik mieści się między średnim a wysokim
Angażowanie się w czynności zastępcze	28	8	24-32	6-9	Wynik mieści się między średnim a bardzo wysokim
Poszukiwanie kontaktów towarzyskich	17	5	14-20	3-6	Wynik mieści się między niskim a średnim

Źródło: badania własne

Zalecenia psychoterapeutyczne

Ze względu na bardzo wysoki poziom lęku oraz podwyższony poziom stresu, a także nieadaptacyjny styl radzenia sobie ze stresem zalecane jest kontynuowanie psychoterapii.

Studentka powinna kontynuować proces uzyskania dostosowań do procesu studiowania i w przypadku takiej możliwości wziąć udział w grupie wsparcia dla osób w spektrum autyzmu na uczelni.

Osoba badana powinna być objęta psychoedukacją w zakresie metod radzenia sobie ze stresem.

Osoba D

Osoba D ma 23 lata. W chwili przeprowadzania badania mieszkała z rodzicami i studiowała na uczelni publicznej na trzecim roku studiów stacjonarnych, kierunku humanistyczny. Podkreśliła, że powinna być już na piątym roku studiów. Podczas pierwszego podejścia do studiowania, zrezygnowała po 3 tygodniach. W kolejnym roku podjęła studia na



innej uczelni. Przez rok było wszystko w porządku, ale na drugim roku w czasie sesji zimowej miała poważny kryzys, który zakończył się pobytem w szpitalu. Przez jeden semestr miała urlop i odczuła ulgę, dużą poprawę stanu zdrowia z powodu braku stresu związanego ze studiowaniem. Wróciła na studia dopiero w październiku.

Podczas wywiadu osoba badana mówiła wyraźnie, głośno, w szybkim tempie. W wypowiedziach było dużo emocji. Odpowiedzi były bardzo rozbudowane, było dużo wtrąceń, wątków pobocznych. Wywiad trwał zdecydowanie dłużej niż w przypadku pozostałych osób badanych.

Diagnozę spektrum autyzmu otrzymała zaraz po maturze, więc nie korzystała z dostosowań w liceum i podczas matury. Podejrzewano u niej spektrum od zawsze, ale rodzice nie chcieli zdecydować się na diagnozowanie. Diagnostykę rozpoczęła więc samodzielnie już jako osoba dorosła, po sugestii psychologa. Deklaruje, że zrobiła to dla siebie, w ramach poszukiwania odpowiedzi, zrozumienia siebie samej. Teraz uważa, że dostosowania w czasie nauki w szkole bardzo by jej pomogły. Zauważa różnicę w tym jak funkcjonują dzieci w spektrum obecnie w szkole, uważa, że obecnie jest duża świadomość wśród nauczycieli, bardzo duża pomoc i zrozumienie.

Osoba badana deklaruje, że przez całe życie miała problemy z emocjami. W szkole podstawowej był problem z agresją, złością, płaczliwością. Roznosiły ją emocje. W okresie dojrzewania wszystko bardziej się skomplikowało, przez wiele lat była w terapii, a także w szpitalu. Podejrzewano u niej zaburzenie typu borderline. W chwili badania nie uczestniczyła w terapii, ponieważ miała złe doświadczenia z ostatnim terapeutą, ale planowała wrócić na psychoterapię.

Najsilniejszy stres związany był dotychczas z dużym problemem z zabieraniem się za robienie rzeczy, zwłaszcza za prace zaliczeniowe. Zawsze odkładała zadania na ostatni moment, co powodowało duży stres, krytykowanie samej siebie, za to, że nie mogła się zabrać za jakieś zadanie. Osoba badana oceniła, że jest leniwa, nie ma motywacji. Warto podkreślić, że mimo poczucia, że wkładała za mało pracy w naukę, miała wyniki ponadprzeciętne w szkole i na studiach. Zawsze uczyła się na ostatni moment i dostawała bardzo dobre oceny.

Uważała, że nie jest perfekcjonistką, tylko miała nienaturalny obraz tego jak powinny wyglądać np. prace zaliczeniowe. Zwłaszcza jeśli usłyszała wcześniej słowa krytyki skierowane do innych osób. Czuła silny strach przed krytyką, ale nie bała się, że coś nie jest



perfekcyjne, tylko, że ktoś skrytykuje, powie, że coś jest zrobione źle. Miała poczucie porażki, jeśli nie zrobi czegoś w pierwszym możliwym terminie.

Osoba badana deklarowała, że największym źródłem stresu były problemy z systematyczną nauką oraz załatwianie formalności. Dużym problemem było odezwanie się do kogoś, z kim nigdy nie rozmawiała, np. zapytanie w sklepie, gdzie coś się znajduje.

Stres spowodowany był też sytuacjami, w których trzeba odpisywać ludziom. Często odkładała to z powodu złego samopoczucia, a po tygodniu czuła silny lęk, bo nie widziała jak to wytłumaczyć i czy tej osobie nie będzie przykro. Podobny problem dotyczy oddzwaniania.

Wg. relacji osoby badanej najczęstsze objawy stresu to bóle brzucha i migreny. W skrajnych przypadkach miała uczucie, że nie może wstać, że coś pęka jej w brzuchu. Po wycofaniu się z sytuacji stresowej, w ciągu 10 minut objawy mijały (np. na studiach po wyjściu z zajęć do łazienki). Miała też od dawna silne problemy z bezsennością, ale na silny stres reagowała zmęczeniem i uczuciem, że zaraz po wstaniu może iść znowu spać. Dodatkowe objawy w sytuacji stresu to obgryzanie paznokci i ciągnięcie się za włosy. Odczuwała też przyspieszone bicie serca, dyskomfort w klatce piersiowej. Część objawów pojawiała się podświadomie jako poczucie zagrożenia, zdarzało się, że inne osoby najpierw zauważyły u niej objawy stresu, zanim ona je sobie uświadomiła.

Osoba badana знаła metody radzenia sobie z lękiem i stresem, ale nie stosowała ich regularnie. Jej najczęstszą reakcją jest unikanie, np. zajęcie się serialem albo innym tematem. Potrafiła przez cały miesiąc oglądać codziennie po kilkanaście godzin serial, aby zapomnieć o stresującej sytuacji jaką było rozpoczęcie roku akademickiego. Kolejną stosowaną metodą była ucieczka w sen. Stosowała ją też w sytuacjach, w których nie chciała postąpić impulsywnie.

Uważała, że studiowanie mocno wpłynęło na jej stan psychiczny. Miała dwa poważne, kilkumiesięczne kryzysy psychiczne i związane z tym przerwy w studiowaniu. Deklarowała poczucie, że nie radzi sobie ze studiowaniem, ale wie, że musi skończyć studia i iść do pracy. Miała poczucie, że jako osoba w spektrum autyzmu powinna mieć obniżone wymagania.

Władze wydziału były poinformowane o tym, że osoba badana jest w spektrum, ale mimo to nie dostała pomocy i nie korzystała z dostosowań. Nie miała możliwości przedłużenia terminów lub zmiany formy egzaminu. Została poinformowana, że może wszystkie dostosowania organizować indywidualnie z wykładowcami, ale był tylko jeden wspierający



wykładowca. Na wydziale była jedna osoba, której zadaniem miało być wspieranie studentów wymagających dostosowań, ta funkcja została zlikwidowana po jednym semestrze. Osoba badana oczekiwała, że wsparcie powinno być oferowane na poziomie wydziału.

Na uczelni było ogólnouczelniane centrum wsparcia, ale nie można było przyjąć na spotkanie z osobą bliską i to było zbyt przytłaczające. Dlatego osoba badana zrezygnowała ze starań o dostosowania. Wyrażała też opinię, że uczelnia tuszuje problemy studentów ze zdrowiem psychicznym i nie ma żadnego wsparcia psychologicznego dla studentów. Nie zgadzało się to z informacjami umieszczonymi na stronie internetowej uczelni i opisem rozbudowanego wsparcia oferowanego wszystkim studentom, w tym bezpłatnych konsultacji psychologicznych i interwencji kryzysowej. Według osoby badanej na uczelni były plakaty informujące o pomocy i reagowaniu w sytuacjach trudnych, ale uczelnia tylko udawała, że pomaga, ale nie rozwiązywała problemów.

Osoba badana uważała, że pomogłaby jej możliwość alternatywnego forma zaliczania zajęć. Zwłaszcza w przypadku konwersatoriów, na których jest problem z nieobecnościami. Zmiana formy zaliczenia z ustnej na pisemną także zmniejszyłaby stres. Podczas odpowiedzi ustnych ważna byłaby dla niej obecność drugiej osoby w sali, ponieważ boi się, że zostanie potraktowana niesprawiedliwie. Usłyszała już od wykładowcy podczas egzaminu indywidualnego, że jest „rozczarowaniem”, ale nie ma na to świadków. Miała poczucie, że jej stres jest traktowany jako nieprzygotowanie. Osoba badana oceniła, że w przypadku innych studentów wykładowcy nie zawsze stosują się do decyzji o dostosowaniach, a jeśli student nie ma wystarczającej siły przebiccia, to może zrezygnować ze studiów tylko dlatego, że nie potrafi walczyć o swoje prawa.

Podczas studiowania najważniejsza byłaby dla osoby badanej alternatywa do załatwiania wszystkiego osobiście, ponieważ jest to bardzo obciążające psychicznie. Pomoc asystenta dydaktycznego byłaby wielką pomocą. Dużym problemem są też częste zmiany pracowników uczelni, którzy mogliby udzielić pomocy i ciągle odsyłanie do innych osób. *„Mam poczucie, że jeśli pojawi się problem, to nie jestem pewna, że będę miała się do kogo się zwrócić, żeby pomógł mi go rozwiązać”*

Dla osoby badanej rodzina też była źródłem stresu. Mieszkali razem, ale bardzo chciały się wyprowadzić. Uważała, że rodzice nie rozumieją spektrum autyzmu i uważają je za lenistwo. Osoba badana dostawała dużo krytyki ze strony rodziców, nie wiedziała czego się może spodziewać z ich strony. Nie miała poczucia bezpieczeństwa w domu.



Otrzymywała wsparcie od najbliższych przyjaciół. Miała grupę przyjaciół spoza studiów, którzy też przeszli różne kryzysy, łączą ich wspólne doświadczenia. Nie dogadywała się jednak z aktualną grupą na studiach, uważała, że jej nie lubią.

W tabeli nr 11 przedstawiono wyniki osoby D uzyskane w STAI – Inwentarzu Stanu i Cechy Lęku. Z 85% prawdopodobieństwem wynik w skali X-2 jest bardzo wysoki (9-10 sten) co oznacza, że osoba badana skupiała się na negatywnych emocjach, jest wrażliwa i unika konfrontacji. Możliwe, że w sytuacjach uznanych za zagrażające nie potrafiła działać efektywnie i miała obniżoną sprawność intelektualną.

Tabela nr 11. Osoba D – Inwentarz Stanu i Cechy Lęku

	Wynik surowy	Sten	Przedział ufności 85% w punktach	Przedział ufności 85% w stenach	Interpretacja
X-1 Lęk jako stan	43	7	39-47	6-8	Wynik mieści się między średnim a wysokim
X-2 Lęk jako cecha	63	10	59-67	9-10	Wynik bardzo wysoki

Źródło: badania własne

Wszystkie wyniki uzyskane przez osobę D w Kwestionariuszu Poczucia Stresu są na poziomie 7-8 stena – wyniki przedstawiono w tabeli nr 12. Oznacza to, że osoba badana doświadczyła stresu i prawdopodobnie miała tendencję do pesymizmu, trudności w realizacji zadań. Mogła mieć też poczucie, że jest słaba psychicznie i ma zbyt małe zasoby. Prawdopodobnie ma poczucie, że jest niesprawiedliwie oceniana przez innych, a stawiane jej wymagania są zbyt wysokie. Osobę tą może charakteryzować ciągłe zmęczenie, poczucie niepokoju i drażliwość.



Tabela nr 12. Osoba D – Kwestionariusz Poczucia Stresu

	Wynik surowy	Sten wg. normy dla wieku	Interpretacja
Napięcie emocjonalne	30	7	Wynik podwyższony
Stres zewnętrzny	32	8	Wynik wysoki
Stres intrapsychiczny	33	8	Wynik wysoki
Skala ogólna	95	8	Wynik wysoki
Skala kłamstwa	18	5	Wynik średni

Źródło: badania własne

Z wyników uzyskanych w Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS, przedstawionych w tabeli nr 13 wynika, że dominujący u osoby D styl radzenia sobie ze stresem to styl skoncentrowany na emocjach. Wynik uzyskany w tej skali mieści się między wysokimi a bardzo wysokimi. Prawdopodobnie oznacza to, że osoba badana wykazywała tendencję do skupiania się na własnych emocjach. Osoba ta mogła niechętnie podejmować się zadań, a także czuć się wyczerpana. W przyszłości może jej grozić wypalenie edukacyjne i zawodowe.

Tabela nr 13. Osoba D - Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych

	Wynik surowy	Sten	Przedział ufności 85% w punktach	Przedział ufności 85% w stenach	Interpretacja
Styl skoncentrowany na zadaniu	45	3	41-49	3-4	Wynik mieści się między niskim a obniżonym
Styl skoncentrowany na emocjach	66	9	60-72	8-10	Styl dominujący Wynik mieści się między wysokim a bardzo wysokim
Styl skoncentrowany na unikaniu	45	5	39-51	3-6	Wynik mieści się między niskim a średnim
Angażowanie się w czynności zastępcze	24	6	20-28	5-8	Wynik mieści się między średnim a wysokim
Poszukiwanie kontaktów towarzyskich	14	3	11-17	2-5	Wynik mieści się między bardzo niskim a średnim

Źródło: badania własne

Zalecenia psychoterapeutyczne

Ze względu na bardzo wysoki poziom lęku i stresu oraz nieadaptacyjny styl radzenia sobie ze stresem, zalecane jest ponowne podjęcie psychoterapii w nurcie poznawczo-behawioralnym lub dialektyczno-behawioralny. Zwłaszcza ten ostatni nurt jest polecany młodym osobom z podejrzeniem zaburzeń typu borderline.

W celu kontynuowania nauki na uczelni niezbędne wydaje się skontaktowanie z centrum dostępności przy wsparciu osoby bliskiej, w celu wystąpienia o dostosowania i pomoc asystenta dydaktycznego. Osoba badana może też rozważyć kontynuowanie studiów w trybie indywidualnej organizacji studiów.

Wskazane jest objęcie psychoedukacją w zakresie metod radzenia sobie ze stresem. Osoba badana wykazuje też niepokój związany z usamodzielnieniem się i przyszłą pracą, dlatego zalecany jest kontakt z doradcą zawodowym specjalizującym się w pracy z osobami neuroatypowymi.



Osoba E

Osoba E ma 21 lat. W chwili przeprowadzania badania studiowała na trzecim roku studiów stacjonarnych, kierunek ścisły na uczelni prywatnej. Mieszkała z dala od rodzinnego domu, w wynajmowanym mieszkaniu z innymi studentami.

Afekt na początku rozmowy był obniżony, głos był bardzo monotony, odpowiedzi krótkie, często w formie jednego słowa. Czasami pojawiały się dłuższe chwile milczenia i braku odpowiedzi na pytania. Osoba badana zadeklarowała, że nie lubi opowiadać o sobie, woli jak ktoś jej zadaje pytania. Podczas omawiania funkcjonowania na uczelni i wsparcia przyjaciół pojawiło się ożywienie. Można odczuć, że opowiadanie o tym sprawiło jej przyjemność, przywołało dobre wspomnienia.

Osoba badana otrzymała diagnozę spektrum autyzmu 4 lat temu. Rozpoczęcie diagnostyki zasugerował psychiatra przy okazji leczenia zaburzeń lękowych. Od tego czasu osoba badana była w stałej psychoterapii i przyjmowała leki. Dodatkowo miała zdiagnozowane ADHD.

Podczas sytuacji wywołujących stres czuła, że szybko bije jej serce, ciężko jej się oddycha, trzęsie się. W sytuacji silnego stresu, nawet gdy było coś ważnego do zrobienia, nie potrafiła się ruszyć, czuła, że zastyga, ciężko się jej myślało. Wiedziała, że im dłużej będzie zwlekać tym będzie gorzej, ale nie była w stanie nic zrobić.

Sytuacje stresujące związane były głównie z uczelnią i innymi sytuacjami społecznymi. Trudny był kontakt z ludźmi, przebywanie w otoczeniu ludzi.

Osoba badana знаła metody radzenia sobie ze stresem i używała ćwiczeń oddechowych i uważności (skupianie się na otoczeniu, szukanie konkretnych kolorów). Miała też zawsze przy sobie pluszaka od przyjaciela, który sprawiał, że czuła się spokojnie i bezpiecznie, ale musiała go dotknąć, żeby obniżyć stres. Te wszystkie metody trochę pomagały, ale najczęściej unikała źródła stresu, izolowała się. Wiedziała, że może jej pomóc spotkanie z przyjaciółmi, ale i tak wybierała odizolowanie w takich sytuacjach.

Deklarowała, że jej stan psychiczny na studiach polepszył się bardzo w porównaniu do czasu liceum. Uważała, że na uczelni jest traktowana poważnie, ma normalny kontakt z wykładowcami na jednym poziomie, nie ma stresu z powodu funkcji autorytetu. Łatwiej było kontaktować się z wykładowcami niż wcześniej z nauczycielami w liceum.



Osoba badana poinformowała uczelnię, że jest w spektrum autyzmu i uzyskała dostosowania procesu studiowania. Procedura była bardzo prosta. Na stronie jednostki ogólnouczelnianej - centrum zajmującym się dostępnością, wypełniła formularz i wskazała jakie dostosowania będą jej potrzebne. Dołączyła też dokumenty medyczne. Później odbyło się spotkanie i omówienie, dzięki temu nie musiała mówić o swoich problemach zdrowotnych, bo pracownik uczelni już się zapoznał z dokumentami. Ten proces był dla niej bardzo łatwy.

W ramach dostosowań otrzymywała przed zajęciami materiały od wykładowców, mogła korzystać ze słuchawek wygłuszających i miała wydłużenie terminów zaliczeń. Mogła też wychodzić w trakcie zajęć jeśli miała taką potrzebę i wracać bez zgłaszania tego za każdym razem wykładowcy. Uważała, że wykładowcy są przyjaźni i nawet bez formalnych dostosowań byłaby możliwość wydłużenia czasu oraz organizowania dodatkowych spotkań.

Osoba badana uważała, że uczelnia, na której studiuje jest inna niż duże, publiczne uczelnie. Wiele materiałów było dostępnych online. Materiał był podzielony na części, więc nie było potrzeby, aby zaliczać duże ilości materiału na koniec semestru. Studia były w trybie hybrydowym i ok. 50% zajęć odbywało się online. Zajęcia online, w przypadku osoby badanej, łączyły się z dużo mniejszym stresem, zwłaszcza, że nie było obowiązku włączenia kamery. Dużym ułatwieniem był brak egzaminów, ponieważ kierunek był praktyczny i zaliczenia wpisywane są na podstawie przedstawionych projektów.

Uczelnia zapewniła wszystkim studentom pomieszczenie do wyciszenia. Są tam wygodne sofy, przyciemnione światło, jest zakaz rozmów. Było to bardzo pomocne dla osoby badanej i często korzystała z tej możliwości. Ogólnie oceniła uczelnię jako bardzo przyjazną dla osób w spektrum autyzmu.

Osoba badana oceniła, że wsparcie oferowane przez uczelnię zdecydowanie wpłynęło pozytywnie na jej funkcjonowanie, a bez niego poziom stresu byłby wyższy. Stres nadal występował w przypadku pracy w grupach i zaliczeń, a gdy podczas pracy w grupach pojawiały się konflikty - związany z nimi stres był bardzo silny.

Według osoby badanej na tej uczelni nie potrzebowałaby wsparcia asystenta dydaktycznego. Byłoby to nawet bardziej stresujące niż samodzielny kontakt z pracownikami uczelni. Ważny był dla niej dobry kontakt z wykładowcami, z którymi studenci utrzymywali kontakty poza uczelnią spędzając razem wolny czas na realizacji hobby.



Osoba badana nigdy nie uczestniczyła w grupach wsparcia, terapii grupowej. Miała jednak wsparcie przyjaciół, którzy dawali jej dużo przestrzeni, żeby nie czuła się przebodźcowana. Jeśli osoby te widziały, że jest jakiś problem (np. z intensywnym światłem) to oferowały pomoc, możliwość wyjścia do innego miejsca, odpoczynku. Rozumiały, że w sytuacji stresu, przebodźcowania osoba badana może „wybuchnąć z powodu emocji”, ale to nie było przeciwko nim. Osoby bliskie widziały też, że taka sytuacja jest dla osoby badanej bardzo trudna. Pomocy udzielała jej też przyjaciółka w spektrum, która oferowała w sytuacjach trudnych np. pożyczenie słuchawek wygłuszających.

Wsparcie otrzymywane ze strony rodziny było mocno ograniczone. Rodzice nie do końca zrozumieli na czym polega spektrum autyzmu. Nie rozumieli meltdownów i uważali, że jest to przeciwko nim, że osoba badana robiła im na złość. Osoba badana oczekiwała od rodziców zrozumienia, skąd się biorą emocje i jej reakcje.

W tabeli nr 14 przedstawiono wyniki osoby E uzyskane w STAI – Inwentarzu Stanu i Cechy Lęku. Wynik w skali X-1 lęk pokazuje, że osoba badana nie czuła się komfortowo w trakcie badania, a jej poziom stresu związany z tą sytuacją był bardzo wysoki. Mogło to też wpłynąć na wyniki pozostałych testów i informacje uzyskane w czasie wywiadu. Z 85% prawdopodobieństwem wynik uzyskany w skali X-2 jest bardzo wysoki (10 sten), co oznacza, że osoba badana mogła skupiać się na negatywnych emocjach, być nieśmiała i bardzo wrażliwa. Prawdopodobnie unikała sytuacji trudnych, a gdy już do nich dochodziło to nie potrafiła działać efektywnie i mogła mieć obniżoną sprawność intelektualną.

Tabela nr 14. Osoba E – Inwentarz Stanu i Cechy Lęku

	Wynik surowy	Sten	Przedział ufności 85% w punktach	Przedział ufności 85% w stenach	Interpretacja
X-1 Lęk jako stan	66	10	62-70	10	Wynik bardzo wysoki
X-2 Lęk jako cecha	70	10	66-74	10	Wynik bardzo wysoki

Źródło: badania własne

Wszystkie wyniki uzyskane przez osobę E w Kwestionariuszu Poczucia Stresu są na poziomie 7-9 stena – wyniki przedstawiono w tabeli nr 15. Wyniki te, zwłaszcza w skali napięcia



emocjonalnego, są bardzo wysokie. Oznacza to, że osoba badana prawdopodobnie doświadczała silnego niepokoju, drażliwości i zmęczenia. Mogła rezygnować z realizacji planów. Wyniki uzyskane w pozostałych skalach sugerują, że osoba badana odczuwała poczucie bezradności, bycia niesprawiedliwie ocenianą albo wykorzystywaną przez innych. Mogła też mieć poczucie, że stawiane wymagania przekraczają jej możliwości.

Tabela nr 15. Osoba E – Kwestionariusz Poczucia Stresu

	Wynik surowy	Sten wg. normy dla wieku	Interpretacja
Napięcie emocjonalne	34	9	Wynik bardzo wysoki
Stres zewnętrzny	32	8	Wynik wysoki
Stres intrapsychiczny	30	7	Wynik podwyższony
Skala ogólna	96	8	Wynik wysoki
Skala kłamstwa	13	2	Wynik bardzo niski

Źródło: badania własne

Z wyników uzyskanych w Kwestionariuszu Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS, przedstawionych w tabeli nr 16 wynika, że dominujące u osoby E są dwa style radzenia sobie ze stresem: skoncentrowany na zadaniu oraz skoncentrowany na emocjach. Z 85% prawdopodobieństwem można stwierdzić, że osoba badana podejmowała się zadań w sytuacjach trudnych i starała się rozwiązywać problemy. W przyszłości może to oznaczać duże zaangażowanie w wykonywaną pracę zawodową. Drugi z dominujących stylów oznacza, że osoba badana mogła w sytuacjach stresowych skupiać się na swoich przeżyciach emocjonalnych i niechętnie podejmować wyzwania. Bardzo niski jest też wynik w zakresie poszukiwania kontaktów towarzyskich (1 sten). Oznacza to, że osoba badana prawdopodobnie w sytuacjach trudnych rezygnowała ze wsparcia oferowanego przez otoczenie, nie prosiła o pomoc i wybierała odizolowanie.



Tabela nr 16. Osoba E - Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych

	Wynik surowy	Sten	Przedział ufności 85% w punktach	Przedział ufności 85% w stenach	Interpretacja
Styl skoncentrowany na zadaniu	71	9	67-75	8-10	Styl dominujący Wynik mieści się między wysokim a bardzo wysokim
Styl skoncentrowany na emocjach	75	10	69-81	9-10	Styl dominujący Wynik bardzo wysoki
Styl skoncentrowany na unikaniu	35	3	29-41	1-4	Wynik mieści się między bardzo niskim a obniżonym
Angażowanie się w czynności zastępcze	23	6	19-27	5-7	Wynik mieści się między średnim a podwyższonym
Poszukiwanie kontaktów towarzyskich	5	1	2-8	1	Wynik bardzo niski

Źródło: badania własne

Zalecenia psychoterapeutyczne

Ze względu na bardzo wysoki poziom lęku i stresu oraz częściowo nieadaptacyjny styl radzenia sobie ze stresem wskazane jest kontynuowanie psychoterapii.

Osoba badana jest objęta wsparciem na uczelni i pozytywnie ocenia jego wpływ na swój stan zdrowia, dlatego nie jest konieczne poszerzanie wsparcia w tym zakresie.

Brak wsparcia ze strony rodziny oraz młody wiek osoby badanej mogą sugerować konieczność skorzystania z terapii rodzinnej systemowej.

Wskazane jest objęcie osoby badanej psychoedukacją w zakresie metod radzenia sobie ze stresem.



Osoba F

Osoba F ma 20 lat. Studiowała na uczelni publicznej na pierwszym roku studiów stacjonarnych, kierunku ścisły. Podkreśliła, że jest po raz drugi na pierwszym roku tego samego kierunku na tej samej uczelni. Mieszkała w akademiku, w przerwach wracała do rodzinnego domu.

Podczas rozmowy afekt był zazwyczaj dostosowany do sytuacji, ale chwilami obserwowano chwiejność emocjonalną, od radości do bycia na granicy płaczu. Osoba badana mówiła głośno i szybko. Wypowiedzi były bardzo rozbudowane, z częstymi wątkami pobocznymi, niekoniecznie związanymi z tematem badania. Często podkreślała ze smutkiem, jako jedyna z badanych osób, że jest osobą niepełnosprawną.

Osoba badana otrzymała diagnozę spektrum autyzmu 2 lata temu. Przypomina sobie, że już na etapie przedszkola i szkoły podstawowej zauważano jej inny sposób funkcjonowania, nietypowe zachowania, silny lęk. Diagnozowanie spektrum było sposobem na szukanie możliwej przyczyny zaburzeń lękowych. Diagnoza pozwoliła jej poznać przyczynę, ale też nasiliła niektóre reakcje, ponieważ osoba badana daje sobie na nie przyzwolenie, rezygnuje z maskowania. Maskowanie uznała za społecznie wygodne.

Osoba badana oceniła siebie jako ekstrawertyka, ale podkreśliła, że autyzm nie pozwala na intensywne bycie z innymi ludźmi. Kontakt z ludźmi był jej potrzebny, żeby „naładować baterie”. Deklarowała, że wiąże się to z ciągłym wyczerpaniem: „*jestem zmęczona jak jestem sama. Jestem zmęczona jak nie jestem sama*”.

Najsilniejszy stres generowały studia i stałe myślenie o tym, czy uda się zaliczyć rok. Osoba badana oceniła, że przejmuje się wszystkim i sprawia wszystkim problemy. Codzienne życie też było dla niej stresujące, zwłaszcza w czasie samodzielnego mieszkania w akademiku. Problemem było zrobienie zakupów, przygotowanie jedzenia.

Zaburzenia lękowe objawiały się jako ataki paniki, które trudno było przewidzieć oraz mutyzm wybiórczy w sytuacji przestymulowania i zestresowania. Z mutyzmem osoba badana radziła sobie w ten sposób, że nosiła przy sobie kartkę z informacją, którą pokazywała wykładowcom. Przy atakach paniki stosowała leki doraźne, ale w takich sytuacjach trudno było o nich pamiętać. W sytuacji kryzysowej chowała się, paraliżował ją lęk, że zostanie w danym miejscu na zawsze.



Objawy stresu u niej to przyspieszone tętno, poczucie, że traci oddech albo oddycha za szybko. Dla osoby badanej ważne było odsypianie stresu, ponieważ wiedziała, że jeśli nie odeśpi to kolejnego dnia będzie jeszcze gorzej.

Jako metodę radzenia sobie ze stresem wskazała używanie słuchawek wyciszających, ale uważała, że to pogarsza tolerancję na dźwięki. Pomagało skupienie się na oddechu, głębokie wydechy. Poznała metody radzenia sobie ze stresem takie jak uważność (zauważ co jest wokół siebie) oraz oddychanie (wdech i długi wydech).

Osoba badana uważa, że studiowanie bardzo mocno wpłynęło na poziom lęku i stresu, znacznie je zwiększyło. Dużym problemem było to, że nie umie się uczyć samodzielnie. W liceum początkowo jej oceny były dobre, ale później był spadek wyników. Pierwszy semestr studiów miała zaliczony, ale pod koniec pierwszego roku miała silny kryzys psychiczny. Był to najgorszy okres w życiu z silnymi atakami paniki, które uniemożliwiały wyjście z pokoju.

Uważała, że wykładowcy na uczelni byli wyrozumiali. Starali się zapewnić studentom komfort, poczucie, że są wysłuchani i zrozumiani. Zdarzało jej się spóźniać na zajęcia i wykładowcy znający jej sytuację nie komentowali tego. Mimo to osoba badana czuła się źle z tym, że znów o coś prosi, a inni studenci nie proszą o nic wykładowców. Bała się, że inne osoby mogą uważać, że wymyśla. Żałowała też, że nie powiedziała grupie od razu o swojej niepełnosprawności.

Osoba badana deklaruje, że była na wydziale osoba odpowiedzialna za wsparcie osób niepełnosprawnych, ale jest nieobecna, nie ma jej bardzo długo i nikt jej nie zastępuje. Była to osoba, która chciała pomóc, poinformować wykładowców co należy robić podczas ataków paniki.

Osoba badana zgłosiła na uczelni, że jest osobą w spektrum, ale oceniła, że procedura starania się o dostosowania jest bardzo trudna, wymagająca i stresująca. Chciałaby, żeby była na uczelni osoba, która jej w tym pomoże.

Samo studiowanie było dla osoby badanej stresujące, ale radziła sobie z tym. Nie bała się podejść do wykładowców, ale bała się formalności, kontaktów z instytucjami, władzami wydziału. Podkreśliła, że wnioski o dostosowania trzeba powtarzać co rok, co wiąże się z kolejnym przejściem przez całą procedurę. Trzeba wydrukować papier, podejść do biura niepełnosprawności i poprosić o podbicie dokumentów i znów z tym wrócić do dziekanatu. Wiedziała, że musi przejść przez te procedury, żeby mieć wydłużony czas i możliwość



korzystania ze słuchawek podczas egzaminów. Słuchawki były jej bardzo potrzebne podczas egzaminów, bo nawet stukanie długopisem bardzo przeszkadzało w koncentracji. Miała też w ramach dostosowań dodatkowo możliwość zmiany form pisemnej egzaminu lub zaliczenia na ustną lub odwrotnie. Przy mutyzmie wybiórczym jest to bardzo ważne.

Osoba badana chciałaby, aby w ramach dostosowań na uczelni ułatwiono jej formalności, żeby ktoś mógł jej w tym pomóc. Na wiadomość o tym, że na innych uczelniach są asystenci dydaktyczni, była poruszona. Potwierdziła, że to by jej bardzo pomogło. Chciałaby mieć świadomość tego, co jej przysługuje, a nie musieć samodzielnie szukać informacji. Chciałaby też załatwić wszystkie sprawy związane z niepełnosprawnością w jednym miejscu, a nie biegać z dokumentami, być odsyłaną z jednego miejsca do drugiego.

W ramach dodatkowe wsparcia poza uczelnią osoba badana korzystała z wizyt u psychiatry i z psychoterapii poznawczo-behawioralnej. Uczestniczyła też kiedyś w grupie wsparcia i było to pomocne, pozwalało na posłuchanie ludzi z podobnymi problemami i słuchać rozwiązań od takich samych osób. Ważny był dla niej bezpośredni kontakt z ludźmi, dlatego wolała spotykać się ze specjalistami stacjonarnie, terapia online była dla niej mniej skuteczna.

Osoba badana uważała, że ma wsparcie rodziny. Bliscy czasami pomagali jej w formalnościach, dzwoniли w jej imieniu. Uważała, że rodzina zwykle nie widzi jej, gdy jest w złym stanie psychicznym. Oceniała, że rodzice chcą, żeby zachowywała się normalnie, nie widzą jej niepełnosprawności. Dlatego wmawiała sobie, że musi sobie sama dać radę. Podkreśliła, że *„jestem dyskryminowana nie przez to, że jestem niepełnosprawna, tylko w drugą stronę. Jest ode mnie oczekiwane, że będę się zachowywać kompletnie normalnie i czasami nie wychodzi”*.

Podkreśliła też, że jej stan może się zmieniać w ciągu jednego dnia: *„mam niskofunkcjonalne dni, mam wysokofunkcjonalne dni, mam wysokofunkcjonalne chwile, mam niskofunkcjonalne chwile w jednym dniu czasami”*.

Według relacji osoby badanej otrzymywała ona wsparcie od znajomych. Miała dwóch przyjaciół, też osoby neuroatypowe, które wykazywały duże zrozumienie i bardzo pomagały w trudnych chwilach. Wielu znajomych nie wiedziało jednak co ma zrobić w przypadku silnego stresu, ale zdarzały się też osoby, które widziały, że trzeba ją wyprowadzić z pomieszczenia i nie dotykać. Zauważyła też, że jak jest bardzo źle to zamyka się kompletnie przed kontaktami z ludźmi i nie potrafi poprosić o pomoc.



Chciałaby, żeby wykładowcy i studenci dostawali na uczelni wiedzę o neuroatypowości i wiedzieli w jaki sposób mogą pomóc osobą w spektrum autyzmu. Uważała, że powinny zostać stworzone protokoły postępowania np. przy ataku paniki.

W tabeli nr 17 przedstawiono wyniki osoby F uzyskane w STAI – Inwentarzu Stanu i Cechy Lęku. Wynik w skali X-1 lęk jako stan sugeruje, że osoba badana nie czuła się komfortowo w trakcie badania, a jej poziom stresu związany z tą sytuacją był bardzo wysoki. Mogło to też wpłynąć na wyniki pozostałych testów i informacje uzyskane w czasie wywiadu. Z 85% prawdopodobieństwem wynik uzyskany w skali X-2 jest bardzo wysoki (10 sten), co oznacza, że osoba ta była bardzo wrażliwa i skupiała się na negatywnych emocjach. Prawdopodobnie nie była w stanie działać efektywnie w sytuacjach trudnych, a jej sprawność intelektualna mogła być wtedy bardzo obniżona. Możliwe, że osoba badana unikała konfrontacji i była nieufna.

Tabela nr 17. Osoba F – Inwentarz Stanu i Cechy Lęku

	Wynik surowy	Sten	Przedział ufności 85% w punktach	Przedział ufności 85% w stenach	Interpretacja
X-1 Lęk jako stan	53	9	49-57	8-9	Wynik mieści się między wysokim a bardzo wysokim
X-2 Lęk jako cecha	63	10	58-68	10	Wynik bardzo wysoki

Źródło: badania własne

Wyniki uzyskane przez osobę F w Kwestionariuszu Poczucia Stresu przedstawiono w tabeli nr 18. Wysoki wynik (8 sten) był tylko w przypadku stresu zewnętrznego, co prawdopodobnie oznacza, że osoba badana nie czuła się oceniana sprawiedliwie, miała poczucie, że stawiane jej wymagania przekraczają jej możliwości i zasoby. Mogła mieć poczucie bezradności a także uczucie ciągłego wyczerpania związanego z relacjami z innymi osobami. Możliwe, że czuła się wykorzystywana przez innych.



Tabela nr 18. Osoba F – Kwestionariusz Poczucia Stresu

	Wynik surowy	Sten wg. normy dla wieku	Interpretacja
Napięcie emocjonalne	29	7	Wynik podwyższony
Stres zewnętrzny	32	8	Wynik wysoki
Stres intrapsychiczny	19	4	Wynik obniżony
Skala ogólna	80	6	Wynik średni
Skala kłamstwa	22	8	Wynik wysoki

Źródło: badania własne

Z wyników uzyskanych w Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS, przedstawionych w tabeli nr 19 wynika, że u osoby F nie ma jednego, dominującego stylu radzenia sobie ze stresem. We wszystkich stylach uzyskała z 85% prawdopodobieństwem wyniki o dużej rozpiętości między obniżonymi / średnimi a podwyższonymi / bardzo wysokimi.

Tabela nr 19. Osoba F - Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych

	Wynik surowy	Sten	Przedział ufności 85% w punktach	Przedział ufności 85% w stenach	Interpretacja
Styl skoncentrowany na zadaniu	54	5	51-58	4-6	Wynik mieści się między obniżonym a średnim
Styl skoncentrowany na emocjach	54	7	48-60	6-8	Wynik mieści się między średnim a wysokim
Styl skoncentrowany na unikaniu	49	5	43-55	4-7	Wynik mieści się między obniżonym a podwyższonym
Angażowanie się w czynności zastępcze	26	7	22-30	6-9	Wynik mieści się między średnim a bardzo wysoki
Poszukiwanie kontaktów towarzyskich	19	5	16-22	4-7	Wynik mieści się między obniżonym a podwyższonym

Źródło: badania własne



Zalecenia psychoterapeutyczne

Ze względu na bardzo wysoki poziom lęku oraz zgłaszane silne zaburzenia lękowe (ataki paniki, mutyzm wybiórczy) wskazane jest zintensyfikowanie działań mających na celu poprawę stanu psychicznego osoby badanej.

Warto rozważyć ponowny kontakt z biurem ds. osób niepełnosprawnych na uczelni oraz z władzami wydziału w celu zapewnienia osobie badanej systemu wsparcia, w postaci asystenta dydaktycznego oraz wskazania na wydziale osoby, która mogłaby koordynować przydzielone wsparcie.

Wykładowcy powinni uzyskać informacje o metodach postępowania w tym konkretnym przypadku w sytuacji ataku paniki.

Wskazane jest objęcie osoby badanej psychoedukacją w zakresie metod radzenia sobie ze stresem. Istotne dla jej dobrostanu jest też zbudowanie systemu wsparcia rówieśniczego na uczelni i w akademiku w postaci grup wsparcia lub systemu rówieśniczej interwencji kryzysowej.

5.2. Zbiorcze wyniki badań

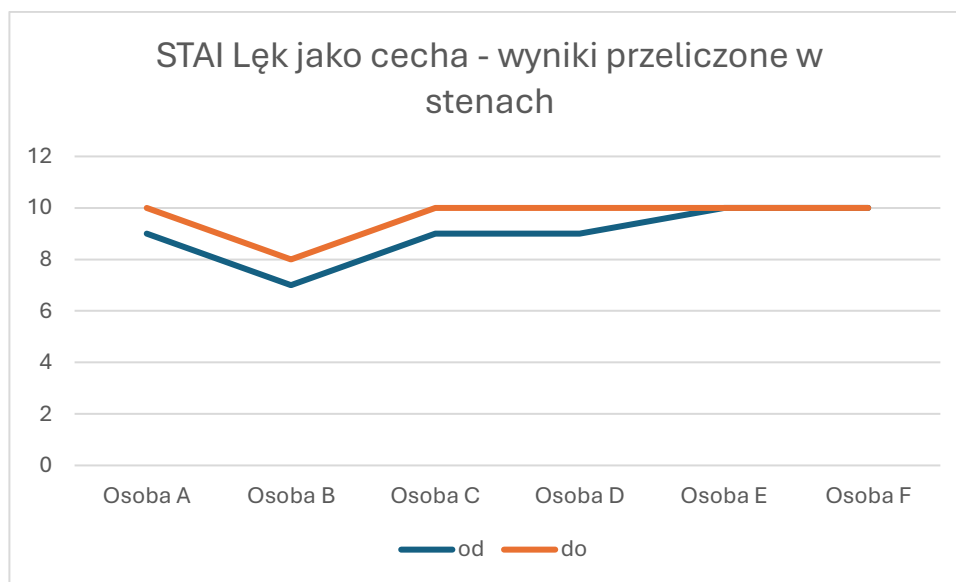
Podczas zbiorczej analizy wyników badań własnych dotyczących lęku i stresu u studentów z zaburzeniami ze spektrum autyzmu potwierdzono, że u wszystkich osób poziom ten jest wyższy niż przeciętny. Warto zwrócić uwagę na bardzo wysokie wyniki uzyskane przez wszystkie osoby badane w Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI w skali X-2 Lęk jako cecha w połączeniu z bardzo wysokimi wynikami w skali Styl skoncentrowany na emocjach w Kwestionariuszu Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS.

Na wykresie nr 3 przedstawiono wyniki dotyczące lęku na skali X-2 STAI, które mieściły się między 7 a 10 stenom, przy czym dwie osoby uzyskały wynik przeliczony na poziomie 10 stena, kolejne dwie na poziomie 9-10 stena, a tylko jedna miała wynik na poziomie 7-8 stena. Oznacza to, że wyniki potwierdzają informacje uzyskane podczas wywiadów, a wszystkie osoby badane przez większość czasu odczuwają silny lęk i reagują dużym napięciem w sytuacjach, które są dla nich stresujące. Wywiady oraz badanie kwestionariuszem STAI potwierdzają, że wszystkie badane osoby są bardzo wrażliwe emocjonalnie i skupiają się na negatywnych emocjach oraz swoich niedoskonałościach. Możliwe, że w sytuacjach, które



uznają za zagrożenie, będą mieć obniżoną sprawność intelektualną oraz problemy z podejmowaniem decyzji i efektywnym działaniem.

Wykres nr 3. Wyniki w skali STAI X-2 Lęk jako cecha



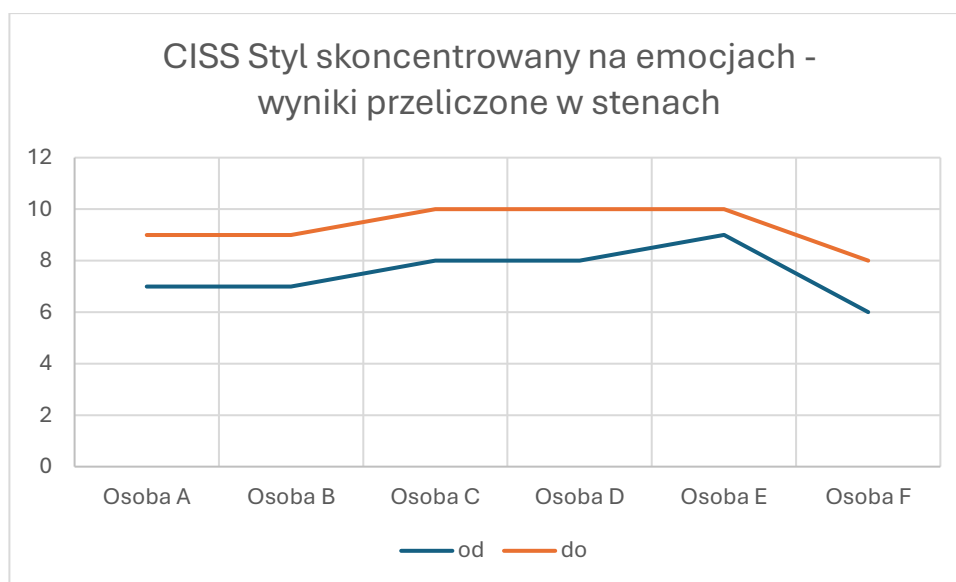
Źródło: badania własne

Wyniki uzyskane w skali Styl skoncentrowany na emocjach CISS przedstawiono na wykresie nr 4. W przypadku wszystkich osób badanych mieściły się one między 6 a 10 stenem, więc były na poziomie od średniego do bardzo wysokiego. W przypadku trzech osób wyniki w tej skali były na poziomie 8-10 stena, więc były wysokie lub bardzo wysokie. Oznacza to, że prawdopodobnie większość osób badanych ma nieadaptacyjny styl radzenia sobie ze stresem i w sytuacjach stresowych koncentruje się na sobie i swoich emocjach. Większość osób badanych może mieć niechęć do podejmowania wyzwań, chociaż w przypadku jednej osoby styl skoncentrowany na emocjach był równie wysoki jak styl skoncentrowany na zadaniu. Należy dodać, że wszystkie osoby badane odczuwają silne wyczerpanie emocjonalnym i przeszły wypalenie edukacyjne. Może im też grozić w przyszłości wypalenie zawodowe. Ważne jest, że przy tak dużej liczbie wyzwań, z którymi zmagają się osoby badane, u żadnej nie wykształcił się styl skoncentrowany na unikaniu, który u trzech osób był na poziomie bardzo niskim lub obniżonym (1-4 sten). W wywiadach i kwestionariuszach pojawiały się czynności zastępcze takie jak sen lub objadanie się. Osoby badane rzadko korzystały w sytuacjach stresowych ze wsparcia społecznego. Większość podkreślała, że wybierała



możliwość odcięcia się od bodźców i kontaktów z innymi osobami. Wśród osób badanych byli introwertycy i ekstrawertycy, którzy potrzebowali kontaktów społecznych w różnym zakresie, jednak w sytuacjach trudnych wybierali odizolowanie.

Wykres nr 4. Wyniki CISS Styl skoncentrowany na emocjach



Źródło: badania własne

Kwestionariusz Poczucia Stresu, w którym stres jest definiowany jako reakcja organizmu na zagrożenie zewnętrzne, w przypadku tego badania u większości badanych osiągnął wynik powyżej przeciętnego, co oznacza, że osoby te doświadczały stresu w codziennym życiu. Pięć osób uzyskało w skali ogólnej wynik na poziomie podwyższonym lub wysokim (7-8 sten). Osoby te miały również podwyższone lub wysokie wyniki w skalach Napięcie emocjonalne oraz Stres zewnętrzny, czyli mogły mieć problem z odprężeniem się, mogły czuć zmęczenie bez powodu, być drażliwe, zaniepokojone. Mogły też rezygnować z realizacji planów. Prawdopodobnie pojawiało się u nich poczucie bezradności, bycia wykorzystywanym przez innych, niesprawiedliwie ocenianym. Wywiady potwierdziły, że większość z nich czuła, że wymagania im stawiane były zbyt wysokie i przekraczały posiadane przez nich zasoby i możliwości.

Przy analizie uzyskanych wyników należy zaznaczyć, że w skali kłamstwa Kwestionariusza Poczucia Stresu trzy osoby badane uzyskały wynik podwyższony (7-8 sten),



który w przypadku standardowych badań powinien wskazać na konieczność dużej ostrożności w interpretowaniu pozostałych wyników tych osób. Najnowsze badania wykazują jednak, że skale aprobaty społecznej i kłamstwa w przypadku osób z ASD są często zawyżone i nie powinny być interpretowane tak samo jak w przypadku osób neurotypowych (Sher, Oliver, 2022). Wyniki uzyskane w tej skali związane są ze stylem poznawczym osób w spektrum autyzmu. Osoby te często uznają, że należy stosować się do wszystkich zasad i nie są w stanie zrozumieć złożonych kontekstów społecznych. W przypadku zastosowanych testów nie przeprowadzono normalizacji dla grupy jaką są osoby neuroatypowe.

Podczas wywiadów wszystkie osoby badane potwierdziły, że studenci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu potrzebują pomocy w czasie studiów. W tabeli nr 20 przedstawiono z jakich form wsparcia na uczelni lub poza nią korzystali studenci. Wszystkie osoby były pod opieką lekarza psychiatry i przyjmowały leki. Każda z osób badanych korzystała też z psychoterapii – cztery osoby w momencie badania były nadal w procesie terapii, a dwie korzystały z psychoterapii wcześniej i zamierzają do niej wrócić. Cztery osoby korzystały również aktualnie lub w przeszłości z jednej z form wsparcia grupowego, jakim były grupy terapeutyczne, grupy wsparcia lub trening umiejętności społecznych. Wszystkie te formy wsparcia realizowane były poza uczelnią.

Pięć osób zadeklarowało, że korzystają z wsparcia oferowanego na uczelni, cztery osoby posiadają oficjalne decyzje o przyznanych dostosowaniach. Jedna osoba stwierdziła, że chciałaby korzystać z wsparcia, ale system wnioskowania o nie był dla niej zbyt trudny. Uzyskane wsparcie pozytywnie wpływało na dobrostan psychiczny badanych studentów.



Tabela nr 20. Korzystanie przez osoby badane z różnych form pomocy

	Osoba A	Osoba B	Osoba C	Osoba D	Osoba E	Osoba F
Konsultacje psychiatryczne	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
Psychoterapia	TAK aktualnie	TAK w przeszłości	TAK aktualnie	TAK w przeszłości	TAK aktualnie	TAK aktualnie
Grupowa forma wsparcia	TAK w przeszłości	TAK w przeszłości	TAK aktualnie	NIE	NIE	TAK w przeszłości
Dostosowania na uczelni	TAK	TAK	TAK	NIE	TAK	TAK

Źródło: badania własne

Wśród przyznanych dostosowań osoby badane wymieniły: wydłużenie czasu egzaminu i kolokwiów, wydłużenie terminu sesji, zwiększenie liczby nieobecności, możliwość korzystania ze słuchawek wygłuszających, zmianę formy egzaminu z ustnego na pisemny i odwrotnie, zrezygnowanie z prezentacji na forum grupy i pracy w grupie, zdawanie egzaminu w mniejszej sali, możliwość wychodzenia podczas zajęć oraz wsparcie psychologiczne.

Żadna z osób badanych nie korzystała ze wsparcia asystenta dydaktycznego, mimo, że większość deklaruwała, że formalności obowiązujące na uczelni są dla nich źródłem silnego stresu. Dwie osoby stwierdziły, że pomoc asystenta byłaby dla nich dużą pomocą i mogłaby znacznie ograniczyć lęk i stres związany ze studiowaniem. Jednak obie te osoby potwierdziły, że mimo poinformowania uczelni o diagnozie, taka forma wsparcia nie była im zaproponowana. Warto podkreślić, że zgodnie z deklaracjami podanymi na stronach internetowych obu uczelni, takie wsparcie jest oferowane wszystkim studentom w spektrum autyzmu. Pozostałe cztery osoby badane nie czuły potrzeby, aby korzystać z pomocy asystenta.

Wśród proponowanych dostosowań pojawiła się także możliwość korzystania z pokoju wyciszenia w budynku uczelni. Wynika to z wysokiego poziomu przebodźcowania związanego z przebywaniem na uczelni, który zgłaszali wszyscy badani. Zgłoszono również potrzebę organizowania spotkań umożliwiających zapoznanie się z budynkami uczelni przed rozpoczęciem zajęć. Studentom w spektrum autyzmu mogłoby też pomóc uczestnictwo



w grupach wsparcia, warsztatach radzenia sobie ze stresem na uczelni oraz możliwość odbywania niektórych zajęć online.

Osoby badane proponowały, aby sposób starania się o dostosowania był uproszczony i aby wsparcie dostępne było też na poziomie wydziału, a nie tylko w jednostce ogólnouczelnianej. Ważne jest, aby aktywność studenta podczas procedury przyznawania dostosowań była ograniczona do minimum oraz aby przekazywanie dokumentów o dostosowaniach do dziekanatu i wykładowców odbywało się bez udziału studenta. Wnioski o przyznanie dostosowań powinny być wypełniane online, a podczas ewentualnych wizyt stacjonarnych dopuszczalna powinna być obecność osoby bliskiej.



6. Dyskusja wyników

Wyniki wielokrotnego studium przypadku przeprowadzonego na potrzeby niniejszej pracy pokazały, że poziom lęku i stresu u studentów z zaburzeniami ze spektrum autyzmu zazwyczaj przewyższał normy opracowane dla danej grupy wiekowej. Sposoby radzenia sobie ze stresem były najczęściej nieadaptacyjne. Wszystkie osoby badane uzyskały bardzo wysokie wyniki w Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI w skali X-2 Lęk jako cecha, a większość miała bardzo wysokie wyniki w skali Styl skoncentrowany na emocjach w Kwestionariuszu Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych - CISS. Oznacza to, że osoby badane prawdopodobnie przez większość czasu były bardzo wrażliwe, skupione na swoich emocjach i reagowały niepokojem w sytuacjach trudnych. Mogły też rezygnować z aktywności i wycofywać się z sytuacji, które uważały za przerastające ich zasoby. Wszyscy uczestnicy badania byli zagrożeni wypaleniem edukacyjnym i zawodowym. W sytuacjach trudnych wybierali odizolowanie się i nie potrafili prosić o pomoc. Dotyczyło to także funkcjonowania w społeczności akademickiej.

Wyniki te są spójne z pozostałymi badaniami i publikacjami na ten temat. Zespół badaczy z Uniwersytetu Warszawskiego pod kierownictwem Ewy Pisuli i Mateusza Płatosza przeprowadził w 2022 roku badanie, w którym wzięło udział 1868 studentów, a wyniki przedstawiono w 2024 roku w publikacji „*Neuroróżnorodność na polskich uczelniach*”. W tym badaniu wykazano, że tylko 26% studentów z diagnozą spektrum autyzmu nie miało podwyższonych lub wysokich wyników w skali lęku samoopisowego kwestionariusza DASS- 21. Aż 27% studentów osiągnęło wyniki ekstremalnie wysokie. Badania te potwierdziły także bardzo wysokie wyniki uzyskane przez studentów neuroatypowych w skali stresu oraz depresji. Wynika z nich, że tylko 23% studentów z zaburzeniami ze spektrum autyzmu nie miało objawów lęku, stresu i depresji. W badaniu tym zapytano również o samopoczucie związane ze studiowaniem. Większość studentów w spektrum autyzmu odczuwało bardzo duże zmęczenie po całym dniu na uczelni, od rana czuli się zdenerwowani, a nieoczekiwane zmiany były dla nich dużym problemem (Pisula i in., 2024).

Problem wysokiego poziomu lęku w osób w spektrum autyzmu podkreślany jest też w innych badaniach, które nie dotyczyły studentów, ale potwierdzają wyniki uzyskane w niniejszej pracy. Naukowcy z Wielkiej Brytanii i Szwecji po przebadaniu 221 tysięcy osób wykazali, że osoby w spektrum autyzmu mają wyższe ryzyko wystąpienia zaburzeń lękowo-depresyjnych, uogólnionych zaburzeń lękowych, ataków paniki i PTSD. Ryzyko to jest



znacznie podwyższone w przypadku osób z diagnozą spektrum autyzmu bez niepełnosprawności intelektualnej (Nimmo-Smith i in., 2020).

Otrzymane w niniejszej pracy wyniki dały też pełną odpowiedź na wszystkie postawione pytania badawcze. Ustalono w jaki sposób studenci ze spektrum autyzmu przeżywają lęk oraz stres i radzą sobie z nimi w środowisku akademickim. Warto tutaj zwrócić uwagę, że podczas wywiadów studenci często używali tych pojęć zamiennie. Może to być związane z tym, że lęk i stres towarzyszy im przez całe życie w większości obszarów funkcjonowania, a nie posiadają wiedzy jak je rozróżnić. Zwrócono uwagę na liczne objawy somatyczne związane z przeżywanym lękiem i stresem. Styl radzenia sobie ze stresem był zdecydowanie nieprawidłowy i silnie skoncentrowany na emocjach. W wywiadach i kwestionariuszach osoby badane wymieniały też czynności zastępcze, takie jak sen lub objadanie się. Osoby badane rzadko korzystały w sytuacjach stresowych ze wsparcia społecznego. Należy podkreślić, że wszystkie osoby badane były w chwili badania objęte opieką psychiatryczną, korzystały też w trakcie studiowania z psychoterapii.

Przebieg procesu studiowania był silnie połączony z dobrostanem psychicznym studentów w spektrum autyzmu. Większość osób badanych oceniła, że studiowanie pogorszyło ich stan, ale jedna osoba oceniła ten etap edukacji jako łatwiejszy niż okres nauki w liceum. Z dobrostanem psychicznym studentów w spektrum autyzmu łączyło się także wsparcie społeczne. Korzystanie z tego wsparcia, niezależnie od tego, czy pochodziło ono od rodziny, przyjaciół lub wykładowców, łączyło się z poprawą funkcjonowania studentów. Wszyscy studenci podkreślili jak ważne jest bycie akceptowanym przez grupę rówieśniczą, podkreślano też, że osoby neurotypowe nie są w stanie zrozumieć osób w spektrum. Jednocześnie warto zwrócić uwagę na fakt, że większość osób badanych w ramach nieadaptacyjnych strategii radzenia sobie ze stresem, pomijało poszukiwanie kontaktów społecznych i wybierało odizolowanie się i skupienie na sobie i własnych emocjach.

Wsparcie oferowane studentom w spektrum autyzmu przez uczelnie było czynnikiem wspierającym ich funkcjonowanie psychiczne w zakresie przeżywanego lęku i stresu. Podczas wywiadów podkreślano, że każda forma wsparcia na uczelni pozytywnie oddziałuje na stan psychiczny studentów. Problemem dla studentów w spektrum autyzmu są często procedury dostępu do tego wsparcia, które uniemożliwiają niektórym osobom korzystanie z niego, a sama procedura może być źródłem silnego lęku, w jednym przypadku uniemożliwiającym ubieganie się o takie wsparcie. Istotne jest, że kontakt z osobami, które powinny być pomocne, może



wywoływać tak silny lęk u studentów. To kolejny etap podczas którego potrzebne jest dodatkowe wsparcie społeczne, oferowane tym razem przez rodzinę lub przyjaciół i umożliwiające późniejsze skorzystanie z pomocy oferowanej przez środowisko akademickie.

Informacje dotyczące wsparcia na uczelni uzyskane podczas przeprowadzonych wywiadów są zgodne z wynikami wspomnianego wcześniej badania przeprowadzonego przez zespół badaczy z Uniwersytetu Warszawskiego. Ustalono w nich, że tylko co trzeci student w spektrum autyzmu korzystał ze wsparcia oferowanego przez uczelnię. Jednocześnie większość studentów zgłaszała potrzebę korzystania z dostosowań, a połowa oceniła wsparcie oferowane na uczelni jako niewystarczające (Pisula i in., 2024).

Wyniki niniejszego badania dotyczące wsparcia społecznego uzyskane podczas wywiadów są spójne z wynikami najnowszych badań otrzymanych przez zespół badaczy z kanadyjskiego Uniwersytetu Kolumbii Brytyjskiej. W artykule z 2025 roku opublikowano wyniki badania, w którym uczestniczyło 700 młodych dorosłych. Wynika z nich, że to wykluczenie społeczne jest przyczyną stanów lękowych u osób w spektrum autyzmu. Lęk ten nie był bezpośrednio związanych z cechami autystycznymi i z posiadaniem diagnozy. Autorzy podkreślili, że podczas działań mających na celu zapobieganie lub łagodzenie lęku u młodych dorosłych w spektrum autyzmu kluczowe powinno być skupienie się na przeciwdziałaniu wykluczeniu społecznemu (Rho i in., 2025). W nawiązaniu do tego badania, warto podczas działań mających na celu poprawę dobrostanu studentów w spektrum autyzmu, skupić się na wsparciu społecznym, zwłaszcza rówieśniczym.

W badaniu Ghanouni i Quirke, którego wyniki opublikowano w 2023 roku, dorośli uczestnicy w spektrum autyzmu podkreślali, że w budowaniu odporności na stres i właściwych strategii radzenia sobie ze stresem najważniejsze znaczenie ma poczucie przynależności do grupy i brak wykluczenia. W radzeniu sobie ze stresem pomagała też aktywność fizyczna, codzienne rutyny, korzystanie z przerw, a także techniki relaksacyjne i medytacja.

Należy podkreślić, że wiek 18-25 lat jest, zgodnie z założeniami psychologii rozwojowej, okresem, w którym nadal rozwija się kora przedczołowa i funkcje wykonawcze. Dlatego na tym etapie bardzo ważne aby studenci zdobyli, poza akademicką wiedzą, takie umiejętności jak: rozpoznawanie własnych potrzeb, zwracanie się o pomoc, adaptacyjne metody radzenia sobie ze stresem. Istotnym wkładem niniejszego badania jest potwierdzenie, że samo oferowanie przez uczelnię wsparcia nie jest wystarczające. Ważne jest, aby dostęp do



wsparcia i procedura przyznawania były maksymalnie uproszczone i przyjazne dla osób w spektrum autyzmu z wysokim poziomem lęku i stresu. Rolą uczelni powinno być nie tylko przekazanie wiedzy, ale także pomoc studentom w rozwinięciu lub zbudowaniu sieci wsparcia społecznego. Jak potwierdzają przywołane powyżej badania, kluczowe dla ograniczenia lęku u osób w spektrum jest przeciwdziałanie ich wykluczeniu społecznemu. Kluczem do tego jest budowanie środowiska akademickiego opartego na wzajemnej akceptacji i edukacji włączającej. Treści takie pojawiają się w założeniach niektórych polskich uczelni. Przykładowo, Uniwersytet Łódzki podkreśla, że najistotniejsze wartości, którymi się kieruje to między innymi współpraca i szacunek. Pokreślono jak ważna jest akceptacja: „*każda osoba wnosi do społeczności coś ważnego. Różnorodność nas wzmacnia.*” (Uniwersytet Łódzki, 2026).

Badania przedstawione w niniejszej pracy potwierdziły też to co jest słabą stroną wielu osób w spektrum, czyli problemy z proszeniem o pomoc. Osoby te są często niechętnie do korzystania z pomocy innych osób, ale też nie potrafią odczytać swoich potrzeb i wskazać momentu, kiedy tej pomocy potrzebują. Dlatego w sytuacji, gdy pojawiają się problemy z funkcjonowaniem w społeczności, może się to skończyć brakiem wsparcia i izolacją od innych osób (Grandin, 2022).

Ze względu na jakościowy charakter badania, możliwe było dokładne poznanie podczas wywiadów mechanizmów, które wpływały na funkcjonowanie akademickie osób badanych. Sama informacja o poziomie lęku i korzystaniu z dostosowań miałaby mniejsze znaczenie przy braku informacji o tym, że lęk towarzyszył osobom badanym przez większość życia i w większości sytuacji. Niezwykle istotne były uzyskane podczas wywiadów informacje o dostępie do proponowanego przez uczelnię wsparcia, a zwłaszcza o ograniczeniach z tym związanych. Badanie potwierdziło też, że każdy student, nawet gdy ma rozpoznane spektrum autyzmu i zaburzenia lękowe, wymaga indywidualnego podejścia i przygotowania dostosowań pasujących do konkretnej osoby. Przeprowadzone wielokrotne studium przypadku wyraźnie pokazało, że spektrum autyzmu oznacza różnorodność objawów i próby traktowania wszystkich studentów w spektrum autyzmu w ten sam sposób nie mają sensu.



Zakończenie

Zgodnie z najnowszymi badaniami osoby w spektrum autyzmu stanowią 1-2% społeczeństwa. Można założyć, że wśród studentów odsetek ten będzie podobny, co stanowi 12-25 tysięcy osób w Polsce. Oprócz osób z oficjalną diagnozą postawioną przez lekarza, są też osoby, które widzą u siebie objawy autystyczne, ale z różnych przyczyn nie zgłosiły się po diagnozę. Od początku badań nad autyzmem podkreśla się potencjał naukowy i mocne strony tej grupy w społeczeństwie. Podkreślane są takie cechy osób w spektrum autyzmu jak: logiczne myślenie, oryginalne rozwiązywanie problemów, dokładność, zwracanie uwagi na szczegóły, a także uczciwość i poczucie sprawiedliwości.

Obowiązkiem uczelni, zagwarantowanym przez przepisy prawa krajowego i międzynarodowego, jest zapewnienie wszystkim studentom pełnego i równego dostępu do edukacji na poziomie szkolnictwa wyższego. W przypadku studentów w spektrum autyzmu, dostosowania procesu studiowania muszą uwzględniać ogólne potrzeby tej grupy i specyfikę funkcjonowania poszczególnych osób.

Celem niniejszej pracy było określenie, w jaki sposób studenci ze zdiagnozowanymi zaburzeniami ze spektrum autyzmu doświadczają stresu i lęku oraz jak radzą sobie z tymi emocjami w trakcie studiów, Podjęto też próbę ocenę, czy wsparcie otrzymane na uczelni wspiera dobrostan psychiczny neuroatypowych studentów.

Ze względu na tematykę pracy zdecydowano się na badanie jakościowe jakim jest wielokrotne studium przypadku. Zastosowano narzędzia badawcze: STAI - Inwentarz Stanu i Cechy Lęku, CISS - Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych, KPS - Kwestionariusz Poczucia Stresu oraz wywiad pogłębiony, częściowo ustrukturalizowany.

Pytania badawcze dotyczyły tego, w jaki sposób studenci ze spektrum autyzmu przeżywają lęk oraz stres i radzą sobie z nimi podczas studiów. Zadano też pytanie, w jaki sposób przebieg proces studiowania rzutuje na dobrostan psychiczny studentów. Kolejne pytanie dotyczy wsparcie społecznego oraz wsparcia oferowanego przez uczelnię i tego jak łączy się ono z dobrostanem psychicznym studentów w spektrum autyzmu, zwłaszcza w zakresie przeżywanego lęku i stresu.

W badaniu wzięło udział sześć osób, które miały oficjalną diagnozę zaburzeń ze spektrum autyzmu, a także były na etapie badania studentami uczelni publicznej lub



niepublicznej. Grupa badana składała się z trzech kobiet i trzech mężczyzn w wieku od 18 do 23 lat.

Wyniki przeprowadzonego badania wskazały, że wszyscy uczestnicy z 85% prawdopodobieństwem mieli bardzo wysoki poziom lęku jako cechy, a ich styl radzenia sobie ze stresem był nieadaptacyjny i skoncentrowany na emocjach. Lęk towarzyszył im od najmłodszych lat. Osoby badane znały niektóre metody radzenia sobie z lękiem i stresem, ale miały problemy z ich skutecznym stosowaniem. W trudnych sytuacjach osoby te najczęściej wybierały izolację, nie szukały wsparcia innych osób, nie prosiły o pomoc, nawet gdy jej potrzebowały. Wsparcie otrzymywane na uczelni zazwyczaj zmniejszało lęk, ale studenci sygnalizowali, że procedura ubiegania się o wsparcie nie zawsze była przyjazna studentom w spektrum, a system wsparcia powinien być rozbudowany o dodatkowe elementy.

Istotnym ograniczeniem tego badania był element, który był też jego głównym tematem, czyli wysoki poziom lęku u większości osób w spektrum autyzmu, występujący zwłaszcza w nowych sytuacjach. Wiele osób, którym zaproponowano udział w badaniu, odmówiło nie podając przyczyny. Można podejrzewać, że było to związane z wysokim poziomem lęku i niechęcią do uczestniczenia w nowych sytuacjach w towarzystwie nieznannej osoby. W przypadku poszerzenia zakresu tego badania wskazane byłoby przeprowadzanie wywiadów i badań przez osoby, które są znane studentom i z którymi czują się oni bezpiecznie. Takimi osobami mogliby być pracownicy uczelni udzielający studentom wsparcia psychologicznego, o ile wsparcie to byłoby dostępne dla wszystkich studentów.

Przedstawione w tej pracy wyniki wielokrotnego studium przypadku skupiające się na problematyce lęku i stresu u studentów z zaburzeniami ze spektrum autyzmu, wyraźnie wskazują na potrzebę pogłębienia badań w tym zakresie. Szczególnie istotne byłoby przeprowadzenie badania podłużnego trwającego kilka lat, które pokaże wpływ wsparcia otrzymanego na uczelni na dobrostan psychiczny studentów. Badanie takie pomogłoby również monitorować poziom lęku i stresu u studentów i wskazać momenty, w których niezbędne jest zapewnienie im indywidualizowanej pomocy psychologicznej oraz organizacyjnej.

Uzyskane w niniejszej pracy informacje mogą mieć praktyczny wpływ na poziom wsparcia oferowanego na polskich uczelniach. Uzyskane dzięki niej wyniki badań będą przedstawione osobom, które pracują bezpośrednio ze studentami w spektrum autyzmu. Szczególnie podkreślona będzie konieczność wyznaczenia osób, które będą koordynowały



wsparcie dla studentów w spektrum autyzmu na poziomie wydziału lub instytutu i upewnią się, czy student, który wnioskuje o wsparcie, był w stanie przejść przez cały proces jego uzyskiwania. Formalne dostosowania i usprawnienia procesu studiowania powinny być uzupełnione o kompleksowe wsparcie psychologiczne studentów w spektrum autyzmu oraz o budowanie sieci wsparcia społecznego, w tym tworzenie grup psychoedukacyjnych, grup wsparcia oraz rozszerzanie tutoringu studenckiego oraz mentoringu. Obserwowanie innych osób w spektrum, które wypracowały prawidłowe strategie radzenia sobie ze stresem, a przede wszystkim potrafią zwracać się o wsparcie do innych osób, może istotnie wpłynąć na rozwój i pomóc studentom w funkcjonowaniu na uczelni, a także w codziennym życiu i przyszłej pracy.

Przykładem sytuacji, które pozwalają na pełny rozwój osób w spektrum autyzmu są spotkania Autreat i Autoscape organizowane od 1996 roku, podczas których uczestnicy skupiają się na pokazaniu kultury autystycznej, przedstawieniu samorzeczników oraz zapewniają przestrzeń przyjazną dla osób autystycznych. Ważnym elementem podczas tych spotkań jest okazywanie szacunku dla osób, które potrzebują samotności, a także stworzenie prostego systemu identyfikacji osób chętnych do rozmowy (Silberman, 2021).

Olivier Sacks napisał, że „*nie ma dwóch takich samych osób autystycznych*” (Silberman, 2021, s. 15), dlatego kluczowa powinna być indywidualizacja oferowanego wsparcia, poprzedzona analizą potrzeb danej osoby.

Opierając się na przedstawionych wcześniej założeniach można stworzyć modelowy system wsparcia studentów w spektrum autyzmu, który powinien rozpoczynać się już na etapie rekrutacji. Studenci z ASD planujący studia na konkretnej uczelni i kierunku powinni mieć możliwość uczestniczenia w spotkaniach w małych grupach, podczas których będą mogli zapoznać się z budynkami, procedurami i uzyskać wsparcie w przejściu procedury rekrutacyjnej. Wsparcia tego może udzielać zarówno inny student, jak i pracownik uczelni. Aktualne doświadczenia pokazują, że studenci z problemami w komunikacji społecznej na etapie rekrutacji korzystają często z możliwości udzielenia pełnomocnictwa innej osobie, która zamiast nich dokona wpisu na studia. Z punktu widzenia przyszłego funkcjonowania na uczelni nie jest to korzystne, ponieważ odkładany jest w czasie moment bezpośredniego, samodzielnego spotkania związanego z procedurami na uczelni, a u studentów wzrasta poziom lęku związanego z rozpoczęciem zajęć dydaktycznych i pierwszą wizytą na uczelni.

Dlatego tak istotne jest wsparcie społeczne otrzymane już na etapie wpisu na studia. Z relacji osób studiujących, na tym etapie można otrzymać od pracowników uczelni informacje



zwrotną, że bardzo dobrze sobie poradzono, lub zostać skrytykowanym za niewłaściwe zachowanie, przygotowanie dokumentów lub sposób komunikacji. Można założyć, że osoba w spektrum autyzmu, po trudnym doświadczeniu podczas pierwszego kontaktu z uczelnią, zareaguje silną reakcją lękową i istnieje ryzyko, że nie będzie w stanie uczestniczyć w zajęciach, a nawet może znaleźć się w gronie osób, które rezygnują ze studiów z powodu silnego lęku.

Kolejnym etapem, po przejściu przez rekrutację i wpis na studia, powinno być zapoznanie studentów w spektrum autyzmu z obowiązującymi procedurami i oficjalnymi oraz nieoficjalnymi zasadami obowiązującymi na uczelni. Specyfika osób neuroatypowych wymaga zapoznania z zasadami obowiązującymi na każdym poziomie (np. formy zwracania się do pracowników, pisanie wiadomości mailowych). Dobrym rozwiązaniem jest też stosowanie przedprzewodników z dokładnym opisem sal, tworzenie diagramów pokazujących krok po kroku procedury zapisu na zajęcia albo zapisu na egzaminy. Na tym etapie konieczne jest wskazanie osoby odpowiedzialnej za pomoc studentom w spektrum autyzmu na poziomie jednostek uczelnianych takich jak wydział lub instytut. Osoba taka może też informować studentów o procedurze wnioskowania o dostosowania procesu studiowania oraz kierować do innych miejsc, w których można otrzymać pomoc. Od początku roku akademickiego studenci powinni też mieć możliwość budowania sieci wsparcia społecznego poprzez uczestniczenie w grupach wsparcia dla studentów neuroatypowych lub w grupach psychoedukacyjnych.

Podczas organizowania grup wsparcia oraz grup psychoedukacyjnych warto zastosować system oznaczeń używanych podczas takich spotkań jak Autoscape. W systemie tym kolor czerwony oznacza, że dana osoba nie ma w danym momencie zasobów na żadne interakcje, żółty oznacza, że nie chce, aby ją zagadywano, o ile nie udzieli takiej zgody, a zielona, że chce aby ktoś inny zaczął interakcje i jest na to gotowa. Zajęcia grupowe dla osób w spektrum powinny obejmować psychoedukację oraz elementy treningu umiejętności społecznych, skupiając się na rozpoznawaniu swoich potrzeb i mocnych stron.

Istotne dla ograniczenia wykluczenia społecznego i budowania sieci wsparcia powinno być integrowanie studentów w spektrum autyzmu z pozostałymi. Przydatne może być organizowanie małych grup studentów neurotypowych i neuroatypowych skupionych wokół wspólnych zainteresowań. Takie grupy mogłyby też być szansą dla osób w spektrum na nauczenie się prawidłowej pracy w zespole, a umiejętności te można przenieść na poziom realizowanych zadań dydaktycznych. Pomocne mogą być szkolenia organizowane dla innych



studentów dotyczące funkcjonowania osób neuroatypowych z podkreśleniem ich mocnych stron i cech, które są przydatne podczas funkcjonowania akademickiego.

Wśród dostosowań, które powinny być oferowane studentom z ASD, należy przede wszystkim uwzględnić pomoc asystentów dydaktycznych, tutoring i mentoring, zapewnienie przyjaznej sensorycznie przestrzeni i miejsc wyciszenia. Dodatkowe usprawnienia to zwiększenie liczby dopuszczalnych nieobecności, wydłużenie czasu na egzaminach i kolokwiach, zmiana formy zaliczenia z ustnej na pisemną lub odwrotnie, rezygnacja z odpytywania i prezentacji na forum grupy. System przyjazny dla osób w spektrum powinien uwzględniać też wcześniejsze informowanie o zmianach, takich jak zmiana sali lub zmiana prowadzącego zajęcia.

Dla studentów w spektrum autyzmu przyjazne może być zorganizowanie niektórych zajęć w trybie online, zwłaszcza w przypadku wykładów odbywających się w dużych, nieprzyjaznych sensorycznie salach. W niektórych przypadkach wskazana jest zmiana toku studiów na indywidualny (tzw. ITS lub IOS), w którym harmonogram i tempo nauki dostosowane jest do potrzeb studenta, zaliczenie każdego zajęcia ustalane jest z prowadzącym, a student ma możliwość elastycznego dopasowania zajęć do swoich możliwości i zasobów. Forma ta ogranicza także kontakty społeczne z pozostałymi studentami, co może mieć pozytywny lub negatywny wpływ na dalsze funkcjonowanie danej osoby. Ważne, aby student nie odbierał zmiany formy studiowania jako porażki, ale jako szansę na wykorzystanie swojego potencjału intelektualnego oraz mocnych stron.

Na etapie tworzenia systemu przyjaznego dla osób w spektrum autyzmu, wskazane byłoby przygotowanie wsparcia także dla osób wspierających. Studenci lub pracownicy uczelni, którzy podejmą się dodatkowych obowiązków związanych z wspieraniem studentów w spektrum autyzmu, powinni mieć możliwość korzystania z dodatkowych konsultacji, wskazówek i pewnej formy supervizji, podczas której będą omawiane najczęstsze problemy i sposoby na ich rozwiązanie.

Należy pamiętać, że niezależnie od tego jak przyjazny system wsparcia zostanie zbudowany, mogą się pojawić sytuacje, gdy student z zaburzeniami w spektrum autyzmu nie będzie w stanie kontynuować studiów z powodu przeciążenia sensorycznego lub dodatkowych zaburzeń depresyjnych lub lękowych. W takich sytuacjach rozwiązaniem może być złożenie wniosku o urlop z powodów zdrowotnych.



Podsumowując niniejszą pracę, warto traktować osoby neuroatypowe na uczelniach jako sygnalistów nieprawidłowych warunków. Pasuje tutaj metafora „kanarków w kopalni” stworzona przez samorzecznika w spektrum autyzmu (Meletis, Zabriskie, 2007). Freestone Wilson w latach 90-tych XX wieku porównał osoby autystyczne do kanarków wykorzystywanych dawniej w kopalniach, żeby wcześniej wykryć w powietrzu poziom substancji niebezpiecznych dla człowieka. Jak podkreślał Wilson, aby otoczenie stało się bezpieczne dla ludzi, zdecydowano się na oczyszczenie powietrza lub zamknięcie kopalni, a nie na pozbywanie się kanarków ((Meletis, Zabriskie, 2007). Jeśli odniesiemy tą metaforę do uczelni, to studenci w spektrum autyzmu będą wskazywać, gdzie są istotne nieprawidłowości, zanim wpłyną one negatywnie na pozostałych członków społeczności. Skorzystanie z opinii i doświadczeń osób neuroatypowych może pozwolić na stworzenie bardziej przyjaznego środowiska akademickiego, co jest szczególnie istotne w sytuacji pogarszającego się ogólnie stanu zdrowia psychicznego młodzieży w Polsce.



Bibliografia

- Attwood, T. (2021). *Zespół Aspergera. Kompletny przewodnik*. Gdańsk: Harmonia Universalis
- Bentley, T, D'Andrea-Penna, G., Rakic, M., Arce, N., LaFaille, M., Berman, R., Cooley, K., Sprimon, P. (2023). *Breathing Practices for Stress and Anxiety Reduction: Conceptual Framework of Implementation Guidelines Based on a Systematic Review of the Published Literature*. Brain Sciences. 13(12), 1612. <https://doi.org/10.3390/brainsci13121612>
- Białek, I, Bylica, M., Perdeus-Białek M., Wasłowicz-Marczak J. (red). (2024). *Droga do centrum*. Kraków: Centrum Dostępności Uniwersytetu Jagiellońskiego
- Binder, F., Mehl, R., Resch, F., Kaess, M., Koenig, J. (2024). *Interventions Based on Acceptance and Commitment Therapy for Stress Reduction in Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials*. Psychiatry and Psychology Psychopathology. 57 (3). 202–218. <https://doi.org/10.1159/000535048>
- Brzeziński, J. (2012). *Metodologia badań psychologicznych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN
- Cierpiałkowska, L., Sęk, H. (red.). (2020). *Psychologia kliniczna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN
- Clark, D. A., Beck, A. T. (2018). *Zaburzenia lękowe. Podręcznik z ćwiczeniami opartymi na terapii poznawczo-behawioralnej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego
- Czarnik, S. (2020). *Metody badań socjologicznych*. W: M. Jakubiec, P. Urbańczyk (red.) *Metodologia nauk społecznych i humanistycznych*. Copernicus College. <https://ruj.uj.edu.pl/server/api/core/bitstreams/acc45be8-1b29-44e3-98f4-2c6177885793/content>
- Frankfort-Nachmias, C., Nachmias, D. (2001). *Metody badawcze w naukach społecznych*. Poznań: Zysk i S-ka
- Furgał, E. (2022). *Dziewczyna w spektrum*. Warszawa: Biała Plama
- Ghanouni, P., Quirke, S. (2023). *Resilience and Coping Strategies in Adults with Autism Spectrum Disorder*. Journal of Autism and Developmental Disorders. 53. 456–467. <https://doi.org/10.1007/s10803-022-05436-y>
- Gilga, K. (2015). *Dostępność szkolnictwa wyższego dla osób z niepełnosprawnością w Polsce*. Studia Oeconomica Posnaniensia. vol. 3, no. 10. doi:10.18559/SOEP.2015.10.5
- Grandin, T. (2022). *Autyzm. Przewodnik. 9 postaw wspierających rozwój dzieci w spektrum*. Kraków: Copernicus Center Press



- Grygorczuk, A. (2008). *Pojęcie stresu w medycynie i psychologii*. *Psychiatria*. 5(3). 111–115.
<https://doi.org/10.5603/psych.29147>
- Jakś, J., Ławicka, J., Oszczyda, A. (2024). *Spektrum autyzmu i Stosowana Analiza Potrzeb*. Wrocław: Fundacja Prodeste
- Jarema, M. (red.). (2023). *Psychiatria*. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie
- Kabat-Zinn, J. (2014). *Życie piękna katastrofa*. Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca
- Kaczmarczyk, P., *Metody wspierania neuroatypowych studentów i pracowników w środowisku akademickim*. Prezentacja ze szkolenia. Uniwersytet Jagielloński. 04.04.2025
- Kaczmarek, A., Curyło-Sikora, P. (2016). *Problematyka stresu – przegląd koncepcji*. *Hygeia Public Health*. 51(4). 317-321. <http://www.h-ph.pl/pdf/hyg-2016/hyg-2016-4-317.pdf>
- Kalat, J. W. (red.). (2020). *Biologiczne podstawy psychologii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN
- Kępiński, A. (2002). *Lęk*. Kraków: Wydawnictwo Literackie
- Krawczyk, P., Świącicki, Ł. (2020). *ICD-11 vs. ICD-10 – przegląd aktualizacji i nowości wprowadzonych w najnowszej wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób*. *Psychiatria Polska*. 54(1). 7-20. doi: <https://doi.org/10.12740/PP/103876>
- LeDoux, J. (2024). *Lęk. Neuronauka na tropie lęku i strachu*. Kraków: Copernicus Center Press
- Lisiecka, K., Kostka-Bochenek, A. (2009). *Case study research jako metoda badan naukowych*. *Przegląd Organizacji*. Nr 10 (837) 2009. 25-28.
<https://przegladorganizacji.pl/artukul/2009/10.33141po.2009.10.07>
- Ławicka, J. (2019). *Człowiek w spektrum autyzmu*. Podręcznik pedagogiki empatycznej. Opole
- Meletis, C. D., Zabriskie, N. (2007). *Is autism the coal miner's canary of America's health status?* *Alternative & Complementary Therapies*. 13(4). 188–194.
<https://doi.org/10.1089/act.2007.13408>
- Nimmo-Smith, V., Heuvelman, H., Dalman, C., Lundberg, M., Idring, S., Carpenter, P., Magnusson, C., Rai, D. (2020). *Anxiety Disorders in Adults with Autism Spectrum Disorder: A Population-Based Study*. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 50. 308–318.
<https://doi.org/10.1007/s10803-019-04234-3>
- Nowak, S. (2012). *Metodologia badań społecznych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN
- Pachowicz, M. (2023). *Student neuro różnorodny w procesie studiowania. Podręcznik dobrych praktyk*. Poznań
- Pąchalska, M., Kaczmarek, B. L.J., Kropotov, J. D. (2022). *Neuropsychologia kliniczna. Od teorii do praktyki*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN



- Pisula, E., Płatos, M., Banasiak, A., Danielewicz, D., Gosztyła, T., Podgórska-Jachnik, D., Pyszkowska, A., Rumińska, A., Winczura, B. (2024). *Neuroróżnorodność na polskich uczelniach. Doświadczenia osób studiujących: w spektrum autyzmu, z ADHD i z dysleksją*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls
- Pittman, C. M., Karle, E. M. (2018). *Zalękniony mózg. Jak dzięki sile neuronauki pokonać zaburzenia lękowe, ataki paniki i zamartwianie się*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego
- Plopa, M., Makatowski, R. (2010). *Kwestionariusz Poczucia Stresu. Podręcznik*. Warszawa: Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania w Warszawie. Pracownia Testów Psychologicznych
- Płatos, M., Cychowska, M., Płucienniczak, K., Pisula, E. (2023). *Uczelnia dostępna dla studentów ze spektrum autyzmu Podręcznik dla specjalistów, nauczycieli akademickich i osób zarządzających w edukacji wyższej część 1*. Warszawa: Centrum Wsparcia Dydaktyki Uniwersytetu Warszawskiego
- Podgórska, A. (2023). *Tak działa mózg*. Warszawa: Wydawnictwo W.A.B.
- Rho, K., Bains, J. S., Wardell, V., Rights, J. D., Palombo D.J., Kerns, C. M. (2025). *Social exclusion partially mediates the association of autistic traits and anxiety in young adults*. Research in Autism. Volume 127, 202681, <https://doi.org/10.1016/j.reia.2025.202681>
- Rynkiewicz, A., Kulik, M. (2013). *Wystandardyzowane, interaktywne narzędzia do diagnozy zaburzeń ze spektrum autyzmu a nowe kryteria diagnostyczne DSM-5*. Psychiatria. 10(2). <https://doi.org/10.5603/psych.35880>
- Sadecka, S. (2025). *Powrót do ciała. Jak odzyskać siebie po doświadczeniu traumy*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego
- Sapolsky, R. M. (2024). *Dlaczego zebry nie mają wrzodów? Psychofizjologia stresu*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN
- Schab, L. M. (2017). *Lęk i zamartwianie się u nastolatków*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego
- Sher, M.A., Oliver, C. (2022). *Assesment of self-report response bias in high functioning autistic people*. Psychiatry, Psychology and Law. 2022 Feb 14; 30 (3). 229-248. doi:10.1080/13218719.2021.2006097
- Silberman, S. (2021). *Autyzm: Historia geniuszu natury i różnorodności neurologicznej*. Białystok: Wydawnictwo Kobiectwo
- Stemplewska-Żakowicz, K. (2010). *Metody jakościowe, metody ilościowe: hamletowski dylemat czy różnorodność do wyboru?* Roczniki Psychologiczne. Tom XIII, numer 1. 87- 96.



https://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.ojs-issn-1507-7888-year-2010-volume-13-issue-1-article-oai_ojs_tnkul_pl_article_355 (dostęp 03.01.2026)

Strelau, J., Jaworowska, A. (2020). *Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych. Podręcznik do wersji polskiej*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego

Sumiła, A., Szostakiewicz, Ł., Bogotko, M., Pawłowicz, M. (2022). *Autyzm – dylematy diagnostyczne. Między biologią a objawami*. *Psychologia Rozwojowa*. 27, 2, 27–41 doi:10.4467/20843879PR.22.009.17466

Sztumski, J. (2020). *Wstęp do metod i technik badań społecznych*. Katowice: „Śląsk” Sp. z o.o. Wydawnictwo Naukowe

Szubrycht, M. (2025). *Za dobrze się maskowałam. Rozmowy o doświadczeniach kobiet w spektrum autyzmu*. Kraków: Copernicus Center Press

Szymańska, A., Nurzyński, T., Byczek, A. (2023). *Model wsparcia studentów z niepełnosprawnościami na Uniwersytecie Warszawskim – główne założenia*. Warszawa: Centrum Wsparcia Dydaktyki Uniwersytetu Warszawskiego

Webster, K., Halicka, M., Bowater, R. J., Parkhouse, T., Stanescu, D., Punniyakotty, A. V., (2025). *Effectiveness of stress management and relaxation interventions for management of hypertension and prehypertension: systematic review and network meta-analysis*. *BMJ Medicine*. 4:e001098. <https://doi.org/10.1136/bmjmed-2024-001098>

Wrześniewski, K., Sosnowski, T., Jaworowska, A., Fecenec, D. (2011). *Inwentarz Stanu i Cechy Lęku. Polska adaptacja STAI*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego

Yin, R. K. (2015). *Studium przypadku w badaniach naukowy. Projektowanie i metody*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego

Akty prawne

Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych, sporządzona w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r. (Dz.U. 2012 poz. 1169).



Źródła internetowe

Biuro Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych. <https://niepelnosprawni.gov.pl/baza-wiedzy/niepelnosprawnosci-w-liczbach/edukacja/> (dostęp 20.01.2026)

Główny Urząd Statystyczny. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/warunki-zycia/ubostwo-pomoc-spoeczna/osoby-niepelnosprawne-w-2024-r-,26,7.html> (dostęp 22.01.2026)

Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego. <https://www.gov.pl/web/nauka/wsparcie-dla-studentow-z-zaburzeniami-ze-spektrum-autyzmu> (dostęp 24.01.2026)

Narodowe Centrum Badań i Rozwoju. <https://www.gov.pl/web/ncbr/fundusze-europejskie-na-uczelniane-centra-wiedzy-o-dostepnosci-projekty-ruszaja> (dostęp 23.01.2026)

Państwowa Akademia Nauk Stosowanych we Włocławku. <https://pans.wloclawek.pl/pokoj-wyciszenia-nowosc-na-pans-we-wloclawku/> (23.01.2026)

Politechnika Śląska. https://www.polsl.pl/ps_aktualnosci/kabiny-akustyczne-na-politechnice-slaskiej/ (dostęp 22.01.2026)

Rejestr Systemów Kodowania, Ministerstwo Zdrowia. <https://rsk3.ezdrowie.gov.pl> (dostęp 24.01.2026)

Storey, D. (2025). *New Autism Study Uncovers Four Biological Subtypes*. <https://www.psychiatrist.com/news/new-autism-study-uncovers-four-biological-subtypes/> (dostęp 24.01.2026)

Uniwersytet Jagielloński. <https://cd.uj.edu.pl/dostepnosc/abc-dostepnosci> (dostęp 25.01.2026)

Uniwersytet Jagielloński. <https://sowa.uj.edu.pl/pl> (dostęp 24.01.2026)

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie. <https://bon.uksw.edu.pl/2024/05/18/sluchawki-wygluszajace-dla-studentow/> (dostęp 22.01.2026)

Uniwersytet Łódzki. <https://www.uni.lodz.pl/o-universytecie/misja-wizja-wartosci-strategia> (dostęp 11.02.2026)

Uniwersytet Warszawski. <https://bon.uw.edu.pl/tutoring/> (dostęp 24.01.2026)

Uniwersytet Warszawski. <https://cpp.uw.edu.pl/neuroroznorodni/> (dostęp 23.01.2026)



Spis tabel

Tabela nr 1. ICD-11 – podział zaburzeń ze spektrum autyzmu

Tabela nr 2. Osoba A – Inwentarz Stanu i Cechy Lęku

Tabela nr 3. Osoba A – Kwestionariusz Poczucia Stresu

Tabela nr 4. Osoba A - Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych

Tabela nr 5. Osoba B – Inwentarz Stanu i Cechy Lęku

Tabela nr 6. Osoba B – Kwestionariusz Poczucia Stresu

Tabela nr 7. Osoba B - Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych

Tabela nr 8. Osoba C – Inwentarz Stanu i Cechy Lęku

Tabela nr 9. Osoba C – Kwestionariusz Poczucia Stresu

Tabela nr 10. Osoba C - Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych

Tabela nr 11. Osoba D – Inwentarz Stanu i Cechy Lęku

Tabela nr 12. Osoba D – Kwestionariusz Poczucia Stresu

Tabela nr 13. Osoba D - Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych

Tabela nr 14. Osoba E – Inwentarz Stanu i Cechy Lęku

Tabela nr 15. Osoba E – Kwestionariusz Poczucia Stresu

Tabela nr 16. Osoba E - Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych

Tabela nr 17. Osoba F – Inwentarz Stanu i Cechy Lęku

Tabela nr 18. Osoba F – Kwestionariusz Poczucia Stresu

Tabela nr 19. Osoba F - Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych

Tabela nr 20. Korzystanie przez osoby badane z różnych form pomocy



Spis wykresów

Wykres nr 1. Liczba studentów z niepełnosprawnością w latach 2007-2024

Wykres nr 2. Rodzaje niepełnosprawności wśród studentów w roku 2019

Wykres nr 3. Wyniki w skali STAI X-2 Lęk jako cecha

Wykres nr 4. Wyniki CISS Styl skoncentrowany na emocjach

Załączniki

Załącznik 1. Kwestionariusz wywiadu pogłębionego, częściowo ustrukturalizowanego

Załącznik 2. Transkrypcje wywiadów

Załącznik 3. Zbiorcze zestawienie wyników badań

