

---

## Zdrowie psychiczne g/Głuchych Polaków a organizacja pomocy psychiatryczno-psychologicznej

---

**DOMINIKA WIŚNIEWSKA**

Instytut Psychologii Akademii Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej

Zapotrzebowanie na pomoc dla osób borykających się z problemami ze zdrowiem psychicznym można przewidywać na podstawie danych statystycznych. Dla populacji osób słyszących robione są takie zestawienia i projekty kompleksowego wspierania zdrowia psychicznego (por. Weiórka i in., 2006).

Trudno podać dokładne dane na temat liczby g/Głuchych Polaków<sup>1</sup>, tj. osób ze znacznym lub głębokim niedosłuchem, posługujących się polskim językiem migowym (PJM). Polski Związek Głuchych liczbę niesłyszących (tj. dotkniętych uszkodzeniem słuchu w stopniu znacznym i głębokim) szacuje na około 50 tys. (Szczepankowski, Koncewicz, 2005), inne źródła podają, że jest ich 100 tys. (Świdziński, 2014). Nie wszyscy zgadzają się z tymi danymi, prawdopodobnie są zaniżone. Nie wiemy, ile osób posługujących się PJM cierpi na zaburzenia psychiczne. Takie dane gromadzą inne państwa, np. Wielka Brytania, gdzie żyje 9 mln osób niesłyszących lub niedosłyszących, w tym 50–75 tys. osób głuchych posługujących się brytyjskim językiem migowym (British Sign Language, BSL) (Royal National Institute for Deaf People, 2003). W Polsce brak instytucji, która prowadziłaby praktykę kliniczną związaną z diagnozą i terapią osób g/Głuchych, realizowała projekty naukowe i dostarczała rzetelnej wiedzy z zakresu dobrych praktyk. W Wielkiej Brytanii założono National Deaf Mental Health Service (Birmingham) – instytucję zapewniającą badania multidyscyplinarne, leczenie szpitalne i opiekę dzienną dla osób g/Głuchych, w wieku od 18 do 65 lat. Prowadzone jest też leczenie ambulatoryjne (Baines, Patterson, Austen, 2010). Z powodu braku polskich danych statystycznych, opisanych doświadczeń klinicznych można się posługiwać tylko doniesieniami z innych krajów.

---

### **Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych wśród osób g/Głuchych**

---

Brak jednego ze zmysłów nie powoduje takich następstw neurobiologicznych, by predysponować do chorób psychicznych. Prawdopodobnie moderatorami są tutaj: kompetencje komunikacyjne i znajomość języka, ilość i jakość kontaktów społecznych, zmniejszone rozumienie wydarzeń i procesów społecznych ze względu na ograniczony dostęp do środków masowego przekazu.

Powszechnie uważa się, że osoby g/Głuche są bardziej narażone na choroby psychiczne (Hindley i in., 1994; Vernon, Daigle-King, 1999). Biorąc pod uwagę niekorzystne warunki do rozwoju, utrudniony proces pokonywania kryzysów rozwojowych, trudności komunikacyjne,

---

<sup>1</sup> Autorka stosuje pisownię g/Głuchy, określając w ten sposób szeroką grupę społeczną zarówno osób ze znacznym i głębokim niedosłuchem posługujących się polskim językiem migowym i identyfikujących się z kulturą Głuchych, jak i osób nieidentyfikujących się z kulturą Głuchych.

należy przewidywać, że odsetek osób z zaburzeniami osobowości będzie w przypadku zbiorowości niesłyszących wyższy niż w całej populacji. Osoby g/Głuche prezentują te same objawy schizofrenii, co pacjenci słyszący. Oprócz efektu stępienia, zgłaszane objawy obejmują wizualne i słuchowe halucynacje (Atkinson, 2006; DuFeu, McKenna, 1999).

Halucynacje wzrokowe lub somatyczne są częściej obserwowane u pacjentów g/Głuchych chorujących na schizofrenię, tj. w około 50% przypadków, w porównaniu z pacjentami słyszącymi: odpowiednio ok. 15% lub 5%. Wbrew oczekiwaniom, halucynacje słuchowe, z których niektóre są werbalne, występują u pacjentów niesłyszących chorujących na schizofrenię (DuFeu, McKenna 1999). Głuche osoby zgłaszają, że widzą obraz głosu, mogą w rzeczywistości doświadczać percepcji wizualnej śladów głosowych. Zgodnie z hipotezą subwokalistyczną (Frith i Done, 1988, za: DuFeu, McKenna, 1999), postrzeganie głosów może być wynikiem nierozpoznania własnych subwokalnych myśli – zamiast tego osoby g/Głuche postrzegają je jako zewnętrzne zjawisko.

W raporcie NHS Health Advisory Service (1998) stwierdzono u osób g/Głuchych wyższą częstość występowania zaburzeń emocjonalnych, zaburzeń adaptacyjnych i behawioralnych. Osoby te są bardziej skłonne do nadużywania alkoholu i narkotyków (Davidson i in., 2004). Badano także występowanie depresji i potwierdzono znacznie wyższy odsetek niż w populacji ogólnej (Saito i in., 2010).

Epidemiologia współwystępowania chorób psychicznych u osób głuchych wskazuje na wyższe ryzyko psychoz u osób, które przeszły prenatalnie różyczkę, zaś w zespole Ushera ryzyko wystąpienia psychoz jest kilkunastokrotnie wyższe (Brown i in., 2000).

Wiedza na temat rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych wśród osób głuchych wymaga cały czas zgłębiania. W literaturze przedmiotu przedstawiane są problemy metodologiczne wynikające zwłaszcza z faktu, że wielu g/Głuchych jest diagnozowanych przez słyszących specjalistów, którzy nie znają języka migowego ani specyfiki funkcjonowania tej grupy społecznej. Dane często pochodzą z placówek ogólnodostępnych i zawierają braki. Dodatkowo ważny aspekt opisują McClelland i in. (2001). Otóż, w Wielkiej Brytanii dorośli g/Głusi z łagodnymi i ciężkimi postaciami problemów zdrowia psychicznego nigdy nie zostali skierowani do odpowiednich placówek świadczących usługi medyczne. Dane, którymi dysponujemy, mogą być znacznie zaniżone w stosunku do rzeczywistości.

---

## **Problemy diagnostyczne i terapeutyczne**

---

W zakresie zdrowia psychicznego dorosłych osób g/Głuchych, badacze sugerują, że warto znać specyfikę kultury g/Głuchych, którą tworzą trzy charakterystyczne elementy: wizualne doświadczenie świata, przynależność do uciskanej mniejszości, używanie języka migowego (Meadow-Orlans, Erting, 2000). Taki sposób funkcjonowania może powodować nadinterpretację niektórych form zachowań g/Głuchych (urojenia prześladowcze ze strony słyszących, impulsywność/agresja z powodu komunikacji w PJM, skoncentrowanie na aspektach wizualnych jako źródło psychopatologii). Ponadto, zgubne skutki może dać pewien brak wiedzy specjalisty, który dokonuje np. oceny pacjenta głuchego na potrzeby procesu sądowego, a konkretnie nieznaną typowego dla społeczności g/Głuchej zachowania, tj.

„prztykiwania”. Badany g/Głuchy nie przyznaje się, że nie rozumie pytań, kiwa twierdząco głową, by w swoim mniemaniu dobrze wypaść, a w rzeczywistości działa na swoją szkodę (Vernon i in., 2001).

Praca z osobami mającymi trudności w słyszeniu wymaga od specjalisty wiedzy z zakresu kształtowania kompetencji komunikacyjnych w tej grupie, a także umiejętności nawiązania relacji z osobami, które nie posiadają pełnych kompetencji w żadnym języku.

Większość dzieci niesłyszących rodzi się w słyszących rodzinach, co powoduje trudności w spontanicznym nabywaniu mowy. Jeśli do 5. roku życia nie uda się wykształcić pełnej komunikacji – obojętnie, w jakim języku: fonicznym czy migowym – dzieci, pomimo przeciętnego poziomu inteligencji, są narażone na trudności w rozwoju. W pełni rozwinięty system językowy jest warunkiem niezbędnym myślenia abstrakcyjnego; bez rozwiniętego systemu językowego osobom niesłyszącym brakuje zdolności do tego typu myślenia, uogólnienia lub operowania pojęciami czasu (por. Sacks, 1998). Tacy g/Głusi pacjenci oddziałów psychiatrycznych mają ogromne deficyty w zakresie wiedzy, nazywania i identyfikowania własnych doświadczeń. W ich przypadku potrzebni są klinicyści ze znajomością języka migowego oraz kultury osób g/Głuchych. Tylko tacy pracownicy mogą uprzystępnić osobom g/Głuchym pojęcia i wiedzę ogólną posiadaną przez pacjentów słyszących.

Złudzeniem jest myślenie, że w kontakcie z pacjentem g/Głuchym z powodzeniem można stosować tekst pisany. Badania prowadzone w Stanach Zjednoczonych wykazały, że przeciętna osoba g/Głucha czyta tekst w języku angielskim na poziomie czwartej klasy szkoły podstawowej. Badani pacjenci Centrum Zdrowia Psychicznego dla Osób Niesłyszących czytali teksty w języku angielskim na poziomie pierwszej klasy szkoły podstawowej. Pisanie do takich pacjentów słów specjalistycznych, takich jak „złudzenie” czy „halucynacja”, nie ma sensu (Vernon, Miller, 2001). Rozważano również kontakt diagnostyczny i terapeutyczny z pomocą tłumaczy. Sama ich obecność modyfikuje interakcje, może też wpływać na atmosferę spotkania (Wądołowska, 2014). „Z perspektywy osoby Głuchej zostaje zaburzona podstawowa zasada kontaktu «twarzą w twarz». Psycholog mówi do tłumacza, patrząc na niego, a nie na klienta” (Wiśniewska, 2019, s. 245). Można postawić pytanie, czy osoby g/Głuche nie powinny mieć dostępu do usług medycznych w języku, którym się posługują. Oczywiście, dla systemu opieki zdrowotnej znajomość PJM przez pracowników jest tańszym rozwiązaniem niż zatrudnianie tłumaczy. Warto nadmienić, że w Stanach Zjednoczonych, w toku sądowych procesów, sądy przyznawały osobom g/Głuchym prawo do usług medycznych w amerykańskim języku migowym bez pośrednictwa tłumacza. Związane to było zwłaszcza z leczeniem zamkniętym, gdzie osoby chore miały w bardzo ograniczonym czasie dostęp do tłumacza (Haskins, 2004). Podobne problemy można zaobserwować w Polsce. Autorka niniejszego tekstu miała możliwość tłumaczenia w ramach terapii pacjenta uzależnionego, który przebywał na leczeniu zamkniętym. Pacjent był jedyną osobą g/Głuchą na oddziale, poza sesjami terapeutycznymi, które odbywały się z tłumaczeniem, nie mógł swobodnie porozumiewać się z innymi. Terapia przebiegała w sposób typowy, dostosowany do potrzeb osób słyszących, a to powodowało liczne dysonanse u pacjenta. Trudność stanowiło również finansowanie usług tłumacza – żadna instytucja państwowa nie mogła przyznać środków na taką usługę.

Szczególny problem diagnostyczno-terapeutyczny istnieje w przypadku osób g/Głuchych ze spektrum autyzmu. Często nie otrzymują one właściwej diagnozy lub diagnoza stawiana jest błędnie. W dorosłości mają problemy z utrzymaniem relacji z innymi osobami g/Głuchymi, często nie mogą zachować miejsca pracy z powodu nierozumienia ukrytych reguł społecznych, swojej sztywności poznawczej i braku umiejętności przyjmowania perspektywy drugiej strony. Osoby ze spektrum autyzmu były w literaturze opisywane jako osoby o prymitywnej osobowości, niedojrzałe (za: Haskins, 2004). Obecnie nadal trudno wskazać ośrodek specjalizujący się w diagnozie dzieci/młodzieży/osób dorosłych g/Głuchych ze spektrum autyzmu. Z powodu braku diagnozy osoby te nie otrzymują właściwego wsparcia.

---

## **Instytucje odpowiedzialne za świadczenie usług w zakresie zdrowia psychicznego dla osób Głuchych**

---

W Polsce nie ma szpitala psychiatrycznego przeznaczonego ściśle na potrzeby osób d/Głuchych. Nie ma ani jednej placówki zajmującej się problemami zdrowia psychicznego osób g/Głuchych. Na świecie ich powstawanie wymuszają procesy sądowe osób g/Głuchych pozbawionych właściwej opieki psychiatrycznej i psychologicznej (powstawanie szpitali w poszczególnych stanach na terenie Stanów Zjednoczonych – zob. Haskins, 2004). W Wielkiej Brytanii są trzy jednostki świadczące usługi w zakresie zdrowia psychiatrycznego. Większość podopiecznych najpierw leczono w placówkach ogólnodostępnych, z niewielkim skutkiem. Kluczem do efektywnej pomocy była komunikacja w języku migowym, znajomość kultury osób g/Głuchych i specyfiki ich doświadczeń życiowych (Haskins, 2004).

Praktyka innych krajów pokazuje potrzebę spersonalizowania diagnostyki i leczenia osób g/Głuchych ze szczególnym poszanowaniem dla kultury osób g/Głuchych. Ważne jest tworzenie społeczności, która może dzięki wspólnemu kodowi komunikacyjnemu aktywnie brać udział w procesie leczenia własnego i innych.

Osoby g/Głuche, dla których pierwszym lub jedynym językiem jest PJM, bez względu na rodzaj trudności psychicznej, jakiej doświadczają (zaburzenia behawioralne, uzależnienie, niepełnosprawność intelektualna), potrzebują pomocy w polskim języku migowym. Tylko dzięki takiej formie wyrazu mogą opisać siebie i swój stan.

Odrębną kwestią jest opuszczenie szpitala i opieka ambulatoryjna, środowiskowa, socjalna itp. Dane pokazują, że hospitalizacje osób g/Głuchych są przedłużane, ponieważ wcześniejsze błędne rozpoznania, niewłaściwe leczenie doprowadziły do pogorszenia stanu pacjenta, a poza oddziałem pacjenci nie mogą otrzymać dalszej wspierającej opieki (Griggs, 2004).

Niezbędna jest też wiedza lekarzy psychiatrów o wpływie przepisywanych leków na funkcje motoryczne i poznawcze. Leki mogą powodować pozapiramidowe działania niepożądane, nadmierne uspokojenie, co może utrudniać komunikację osobom g/Głuchym. Wpływają na wzrokową czujność, funkcje motoryczne i koordynację (umiejętności potrzebne do efektywnego migania, czytania mowy z ust, mówienia i pisanie) (Sleeboom-van Raaij, 1997).

Praktyka stosowana w ośrodkach zagranicznych może być dobrym wzorem do naśladowania. Trzeba tylko stworzyć warunki formalne, finansowe, osobowe do jej wdrożenia.

---

## Bibliografia:

---

- Atkinson, J.R. (2006). The Perceptual Characteristics of Voice-Hallucinations in Deaf People: Insights into the Nature of Subvocal Thought and Sensory Feedback Loops. *SCHIZOPHRENIA BULLETIN*, 32(4), 701–708.
- Baines, D., Patterson, N., Austen, S. (2010). An Investigation Into the Length of Hospital Stay for Deaf Mental Health Service Users. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 15(2), 179–184.
- Brown, A.S., Cohen, P., Greenwald, S., Susser, E. (2000). Nonaffective Psychosis After Prenatal Exposure to Rubella. *American Journal of Psychiatry*, 157(3), 438–443.
- Davidson, B., Miller, H., Kenneth, S. (2004). Substance use disorders and developing substance use services for Deaf people. W: [S. Austen](#), [S. Crocker](#) (Eds.), *Deafness in Mind: Working Psychologically with Deaf People across the Lifespan* (pp. 252–269). London: Whurr Publishers.
- DuFeu, M., McKenna, P.J. (1999). Prelingually profoundly deaf schizophrenic patients who hear voices: a phenomenological analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99(6), 453–459.
- Griggs, M. (2004). Deaf wellness explored. W: S. Austen, S. Crocker (Eds.), *Deafness in Mind: Working Psychologically with Deaf People across the Lifespan* (pp. 119–126). London: Whurr Publishers.
- Haskins, B.G. (2004). Serving Deaf Adult Psychiatric Inpatients. *Psychiatric Services*, 55(4), 439–441.
- Hindley, P., Hill, P., McGuigan, S., Kitson, N. (1994). Psychiatric disorder in deaf and hearing impaired children & young people: a prevalence study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35(5), 917–934.
- McClelland, R., Chisholm, D., Powell, S. (2001). Mental health and deafness: An investigation of current residential services and service users throughout the UK. *Journal of Mental Health*, 10(6), 627–636.
- Meadow-Orlans, K., Erting, C. (2000). Deaf people in society. W: P. Hindley, N. Kitson (Eds.), *Mental Health and Deafness* (pp. 3–24). London: Whurr Publishers.
- NHS Health Advisory Service (1998). *Forging new channels: commissioning and delivering mental health services for people who are deaf*. Beaconsfield: British Society for Mental Health and Deafness.
- Royal National Institute for Deaf People (2003). *Facts and figures on deafness and tinnitus*. London: Royal National Institute for Deaf People.
- Sacks, O. (1989). *Seeing Voices: a Journey Into the World of the Deaf*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Saito, H., Nishiwaki, Y., Michikawa, T., Kikuchi, Y., Mizutari, K., Takebayashi, T., Ogawa, K. (2010). Hearing Handicap Predicts the Development of Depressive Symptoms After 3 Years in Older Community-Dwelling Japanese. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(1), 93–97.

- Sleeboom-van Raaij, I. (1991). Issues of importance to be considered in setting up new mental health services for the deaf. W: *Proceedings of the Second International Congress of the European Society for Mental Health and Deafness* (pp. 139–143). Namur, La Bastide.
- Szczepankowski, B., Koncewicz, D. (2005). *Język migowy w terapii*. Łódź: [Wyższa Szkoła Pedagogiczna w Łodzi i Edukacyjna Grupa Projektowa](#).
- Świdziński, M. (red.) (2014). *Sytuacja osób głuchych w Polsce. Raport zespołu ds. g/Głuchych przy Rzeczniku Praw Obywatelskich*.
- Vernon, M., Daigle-King, B.V. (1999). Historical overview of inpatient care of mental patients who are deaf. *American Annals of the Deaf*, 144(1), 51–61.
- Vernon, M., Miller, K. (2001). Linguistic incompetence to stand trial: a unique condition in some deaf defendants. *Journal of Interpretation*, Millennial Edition, 99–120.
- Vernon, M., Raifman, L.J., Greenbert, S.F., Monteiro, B. (2001). Forensic pretrial police interviews of deaf suspects avoiding legal pitfalls. *Journal of Law and Psychiatry*, 24(1), 43–59.
- Wądołowska, M. (2014). *Praca z tłumaczem w terapii i diagnozie psychologicznej. Specyfika pracy oraz zalecenia dla psychologów i terapeutów pracujących z tłumaczami na rzecz osób obcojęzycznych*. Warszawa: Stowarzyszenie Centrum Inicjatyw Międzykulturowych.
- Wciórka, J., Boguszewska, L., Brodniak, W., Czabała, Cz., Jarema, M., Langiewicz, W., Prot, K., Pużyński, S., Słupczyńska, E. (2006). *Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (projekt)*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Wiśniewska, D. (2019). [Psychologiczne i etyczne konteksty diagnozy słyszących dzieci niesłyszących rodziców](#). *Psychologia Wychowawcza*, 57(15), 242–251.