

Nick Kitson, Richard Fry

Springfield Hospital and St. George's Hospital Medical School, London
St. George's Hospital Medical School, London

Głuchota prelingwalna a psychiatria

Prelingual Deafness and Psychiatry*

Streszczenie

Autorzy omawiają zagadnienie chorób psychicznych w populacji ludzi głuchych prelingwalnie w porównaniu z ludźmi słyszącymi: depresji, schizofrenii, stanów obsesyjnych oraz nerwic, upośledzenia umysłowego i zaburzeń zachowania. W artykule poruszony jest problem trudności pojawiających się przy diagnozie psychiatrycznej pacjenta głuchego, a także zawarte są uwagi dotyczące leczenia psychiatrycznego w przypadku ludzi głuchych. Autorzy rozważają i podważają zasadność istniejącego terminu „surdofrenia” na określenie całościowego obrazu zaburzeń jako nieodłącznie związanych z obecnością głuchoty prelingwalnej.

Summary

The authors present issues of mental disorders in relation to both prelingually deafened and hearing population concentrating on depression, schizophrenia, obsessional states, neuroses and mental impairment as well as behaviour disorders. Difficulties in psychiatric diagnosis of a deaf patient are discussed, and suggestions on medical treatment are given in the report. „Surdophrenia” is analyzed and questioned in its substance mainly in terms of mental disorders inevitably linked with prelingual deafness.

Artykuł ten zapoznaje nas z obszarem zaniedbanym w psychiatrii, mianowicie z psychiatrycznymi problemami mogącymi pojawić się w głuchocie prelingwalnej. Termin „głuchota” odnosi się tu do głębokiego ubytku słuchu poza nielicznymi wyjątkami (gdzie jest to zaznaczone w tekście). Niektóre z podanych obserwacji odnoszą się w pewnej mierze także do osób z prelingwalnym niedosłuchem.

Głuchotę, dla celów praktycznych, można podzielić na cztery kategorie, a mianowicie:

* „British Journal of Hospital Medicine” Vol. 44, November 1990 s. 353-356.

- 1) głuchota prelingwalna (wrodzona lub nabyta przed rozwojem języka)
 - a) głuchota głęboka (mowa nie jest odbierana drogą słuchową),
 - b) głuchota częściowa (występują pewne trudności w odbiorze mowy drogą słuchową),
- 2) głuchota postlingwalna (nabyta po okresie rozwoju języka)
 - a) głuchota głęboka,
 - b) głuchota częściowa.

Koncepcja Basiliera [1972] dotycząca „społecznej głuchoty”, tj. uszkodzenia słuchu, przy którym zastosowanie najlepszych z dostępnych aparatów słuchowych nie pozwoli na rozumienie mowy drogą słuchową w stopniu wystarczającym do tego, by uczestniczyć w ożywionej rozmowie — daje nam najbardziej praktyczne kryterium granicy pomiędzy częściowym uszkodzeniem słuchu a głuchotą. W przypadku głuchoty postlingwalnej, nabytej po okresie rozwoju języka, możliwe jest dobre porozumiewanie się za pomocą mowy i odczytywania mowy z ust w warunkach do tego optymalnych, lecz codzienne funkcjonowanie jednostki i jej naturalne interakcje w grupie zostają upośledzone.

Poszukiwania w literaturze z wykorzystaniem *Index Medicus* nie były dla naszych celów w takim stopniu przydatne, jak indywidualne kontakty z pacjentami, odwoływanie się do istniejących prac, możliwych do wykorzystania dzięki wspaniałej obsłudze Czytelni w Królewskim Narodowym Instytucie dla Głuchych w Londynie.

I. EPIDEMIOLOGIA

Zachorowalność na głuchotę, jak i jej rozpowszechnienie wynoszą ok. 1 na 1000, a populacja ludzi głuchych w Wielkiej Brytanii liczy ok. 50 000. Dane demograficzne dotyczące osób głuchych wykazują rozbieżność między ogólną charakterystyką demograficzną rodzin a występowaniem głuchoty według przewidywań statystycznych. Wielkości liczbowe zostały zaokrąglone przez autorów [Rainer, Deming 1963; Phoenix 1988]:

- 1) 90% lub więcej ludzi głuchych ma słyszących rodziców;
- 2) wśród ludzi głuchych zawierających małżeństwa 95% zawiera je z osobą głuchą;
- 3) 90% ludzi głuchych ma dzieci słyszące.

Denmark [1985] poddał ocenie 250 pacjentów skierowanych do placówek psychiatrycznych dla głuchych. Większość z badanych nie cierpiała na choroby psychiczne, lecz zaledwie 9 pacjentów nie miało pod względem psychiatrycznym żadnych zmian. Problemy wyłaniające się w związku z głuchotą skategoryzowane jako zaburzenia zachowania i nieprzystosowanie wystąpiły u 58 pacjentów, rozwojowe zaburzenia komunikowania się — u 48, a choroby psychiczne — u 104 osób.

W szpitalach psychiatrycznych jest proporcjonalnie dziesięciokrotnie więcej ludzi głuchych niż słyszących [Denmark 1966; Cornforth 1972], chociaż na oddział przypada tylko po jednej lub dwie osoby głuche. W badaniach Danii okazało się, że pobyt głuchego pacjenta w szpitalu psychiatrycznym trwał przeciętnie 20 lat. We Flandrii — według danych z 1985 r. — słyszący chorzy przebywali w szpitalu średnio 148 dni, podczas gdy pacjenci głusi średnio 19,5 roku [Timmermans 1989].

Statystyki te są najbardziej przekonującym powodem, dla którego należy brać pod uwagę zapewnienie ludziom głuchym specjalistycznej opieki psychiatrycznej.

II. CHOROBY PSYCHICZNE A GŁUCHOTA

1. Depresja

Większość autorów donosi o mniejszej liczbie pacjentów z depresją wśród ludzi głuchych. Niektórzy twierdzą, że manifestuje się ona u nich odmiennie, jako stan wzmożonej wrogości [Altshuler 1971], chociaż może to być weryfikowalne jedynie za pomocą, na razie niedostępnego, rzetelnego kryterium biologicznego. Taka ewentualność, że późno nabyta głuchota utrudnia diagnozę psychozy afektywnej, i fakt, iż spełnia ona (głuchota) funkcję osłaniającą w przypadku głuchoty prelingwalnej, stwarza interesujące porównanie [Moore 1981]. U wielu ludzi głuchych niską częstotliwość występowania depresji i natręctw przypisywano opóźnionemu rozwojowi osobowości. Sugerowano, że słuch jest niezbędny dla prawidłowego rozwoju relacji z obiektem oraz sumienia, o czym przypomina Altshuler cytując Freuda głoszącego, że *ego* „ma płat słuchowy” [Altshuler 1971]. Podobnie omawiane niewielkie częstotliwości występowania depresji można by było przypisać niepowodzeniu w osiągnięciu pozycji depresyjnej opisywanej przez Melanię Klein czy też po prostu artefaktom związanym z systemem skierowań do placówek psychiatrycznych i sposobem prezentacji poszczególnych przypadków. Evans i Elliot [1987] potwierdzają tę możliwość, uznając depresję za dość powszechną w przypadku samoskierowań ludzi głuchych do przychodni psychiatrycznych. Ci ludzie głusi, u których normalnie rozwinał się język (migowy), nie sprawiają wrażenia, aby rozwój ich osobowości był opóźniony. Stanowią oni jednak zbyt „znikomą mniejszość”, by na nich można było oprzeć badania nad depresją u ludzi głuchych.

2. Schizofrenia

Wydaje się, że psychozy schizofreniczne nie są rozpowszechnione w większym stopniu wśród ludzi głuchych w porównaniu ze słyszącymi

[Altshuler, Sarlin 1963], choć nie dysponujemy rzetelnymi danymi na ten temat. Znałe są trudności w percepcji mowy w przypadku słyszących schizofreników. Błędnie słyszą oni więcej słów w zdaniach wymagających powtórzeń i skojarzeń („Lancet” 1981). Sugeruje się, że zaburzenia percepcyjne są zaburzeniami przyczynowymi w schizofrenii. Wzrastające rozpowszechnienie głuchoty (nabytej) stwierdzone u paranoików w przeciwieństwie do pacjentów z psychozą afektywną traktuje się jako potwierdzenie długo utrzymywanego przekonania o związku pomiędzy głuchotą a schizofrenią paranoidalną [Cooper 1976], chociaż może być to artefakt. Jak już zostało tu powiedziane, głuchota postlingwalna wydaje się chronić przed diagnozą depresji [Moore 1981]. Brak wzrastającej liczby zachorowań na schizofrenię wśród prelingwalnie głuchych podaje wciąż w wątpliwość zależność pomiędzy głuchotą a schizofrenią paranoidalną. Można było oczekiwać, że istnieje bardziej wyraźny związek pomiędzy postlingwalną — głęboką i częściową — utratą słuchu a schizofrenią paranoidalną [Mahapatra 1974; Cooper 1976], prawdopodobnie z powodu obecności nieprawidłowego rozumienia w przeciwieństwie do braku rozumienia, które ma miejsce w przypadku głębokiej głuchoty.

Głusi pacjenci schizofreniczni mają halucynacje słuchowe, lecz — jak podają Critchley i inni [1981] — „trudno jest ustalić dokładne subiektywne doświadczenia”. Nasi pacjenci odwołują się do głosów dobiegających do nich czy też głosów rozmawiających między sobą, lecz nie potrafią przytoczyć słyszanych treści. Po pierwsze, zaskakujący jest fakt, iż schizofrenicy z głęboką głuchotą mają przejawiać halucynacje słuchowe, więc przyjmuje się hipotezę o ich organicznym centralnym podłożu [Altshuler 1971]. Spośród ludzi głuchych 90% ma słyszących rodziców — rozmawiających, krytykujących czy nawet ciągle komentujących, więc skargi pacjentów, że słyszą głosy, nie są czymś zaskakującym. Badacze języka migowego świadomi są tego, że mimika twarzy, postawa i gestykulacja wystarczą, by wyrazić jakość przekazywanej informacji, chociaż nie oddają one dokładnej jej treści.

Przy diagnozie schizofrenii mowa i język są naszymi podstawowymi narzędziami. Sposób komunikowania się głuchego pacjenta może sugerować występowanie chronicznej schizofrenii lub zaburzeń organicznych, ponieważ nie znając języka ludzie głusi mówią operując pojęciami konkretnymi [Basilier 1964]. Mające miejsce przekładanie języka migowego na mówiony w stylu „słowo na znak migowy” („word-for-sign translations”), jak i wypowiedzi pisemne wielu pozbawionych języka ludzi głuchych nasuwają sugestie o występowaniu u nich zaburzeń myślenia [Altshuler (i inni) 1963].

Obecnie podamy przykłady zapisów wypowiedzi ludzi głuchych dokonane na polecenie opisanie przez nich tego samego obrazka:

1. Jestem jest złe widzieć. Sprzedaże Bald Window kalosze. Samochód Gorget bosso.
2. Ponieważ oni są też i wszystko złe. Mrówki nadchodzą zbyt więcej.
3. Człowiek był iść do walec parowy.
4. Mieć ty jest Dom. Wiadomości. To widzieć.

Mówienie nie na temat, które także może być mylone z zaburzeniami myślenia, jest powszechnie stosowaną obroną pacjentów związaną z ich słabymi umiejętnościami recepcyjnymi. Osoba badająca powinna być wyczulona na istnienie procesu obrony uruchamianego, być może, ze względu na słabe umiejętności rozumienia znaków migowych.

Evans i Elliot [1981], próbując uściślić kryteria diagnostyczne, uznali 9 spośród 15 symptomów schizofrenii za przydatne podczas diagnozowania głuchych pacjentów (tab. 1), pozostałe zaś 6 były obecne zarówno u pacjentów psychotycznych, jak i niepsychotycznych i nie różnicowały obu grup.

Tab. 1. Cechy różnicujące w schizofrenii

Cechy różnicujące pacjentów głuchych	Utrata granic <i>ego</i> . Percepcja urojeniowa. Zawężenie afektu. Nielogiczność. Dawanie nieprawidłowych wyjaśnień. Halucynacje. Nieadekwatność afektu. Brak kontaktu z rzeczywistością. Ambiwalencja.
Cechy nie różnicujące głuchych pacjentów (psychotycznych i niepsychotycznych)	Słaby wgląd w siebie. Zmienność afektu. Ubóstwo treści. Zły kontakt. Zagubienie. Niezdolność do zakończenia rozpoczętej czynności.

Normalne mruczenie w migach (bywa, że ludzie głusi mruczą za pomocą migów, jak i marzą w ten sam sposób) może być błędnie zinterpretowane jako psychoza omamowa. Odbiegające od normy przekonania głuchych pacjentów mogą być wyjaśniane brakiem wspomagającego uczenia się czy też naiwnością i wówczas nie będą spełniały kryteriów urojenia.

Schizofrenia u ludzi głuchych jest, ogólnie biorąc, w mniejszym stopniu podatna na działanie leków antypsychotycznych, w związku z czym wymaga większych dawek i częstego stosowania leczenia kombinowanego z lekami wyrównującymi nastrój. Preferowanym przez nas lekiem jest Carbamazepine. Współwystępujące w schizofrenii zaburzenia zachowania często ujawniają się, gdy leczenie (tu: schizofrenii) przynosi oczekiwane wyniki.

3. Stany obsesyjne

Choć mówi się o sztywności jako cesze charakteryzującej ludzi głuchych, to o zaburzeniach osobowości z komponentą natręctw donosi się rzadko. Z doświadczeń autorów wynika, że podczas gdy zarówno obsesyjne osobowości, jak i nerwice natręctw pojawiają się rzadko jako samodzielne jednostki chorobowe u ludzi głuchych — to z zachowaniami natrętnymi i rytualnymi (nie-autystycznymi) mamy do czynienia często w obrębie innych zaburzeń.

4. Nerwice

Rzadko opisywane są u ludzi głuchych trafiających do placówek psychiatrycznych zaburzenia neurotyczne, lecz są one coraz częściej dostrzegane wraz z pojawieniem się możliwości psychoterapii dla ludzi głuchych równoległe z udoskonaleniem przeznaczonych dla nich usług psychologicznych. Czas pokaże, czy ostatnio zaistniałe możliwości korzystania przez głuchych z poradnictwa (*counselling*), psychoterapii, terapii rodzinnej i samopomocy samarytańskiej zróżnicują częstość skierowań, a co za tym idzie częstotliwość wykrywania zaburzeń neurotycznych u pacjentów głuchych.

5. Upośledzenia umysłowe

Najpowszechniejszą przyczyną niepowodzeń w rozwoju mowy jest upośledzenie umysłowe, chociaż trudny jest w ocenie Iloraz Inteligencji (I.I.) ludzi głuchych mających ograniczony język. Testy wykonawcze opierają się głównie na instrukcjach słownych. Skale wykonawcze w Teście Weschlera pozostają wciąż najlepszymi testami [Vernon, Ottinger 1981], pomimo że przy ich użyciu nie da się ocenić pewnych obszarów funkcjonowania, a same wyniki mogą wprowadzać w błąd [Orr (i inni) 1987]. Wciąż napływają skierowania pacjentów, w których często po raz pierwszy poruszany jest problem rozbieżności pomiędzy formalnie niskim I.I. i dobrym funkcjonowaniem tych pacjentów w życiu, którzy całymi latami byli traktowani jako upośledzeni umysłowo. Nie zaskakuje więc fakt, że głusi pacjenci nadmiernie często trafiają do szpitali dla upośledzonych umysłowo [Kropka, Williams 1980].

6. Zaburzenia zachowania

Zaburzenia zachowania (włączając w to zaburzenia osobowości) są przynajmniej trzy razy częściej spotykane w populacji ludzi głuchych niż w populacji słyszących [Meadow 1981], choć nie jest to regułą. Na podstawie literatury, jak i również osobistych doniesień można powiedzieć, iż wśród psychiatrów zajmujących się głuchymi panuje ogólnie zgodność co do tego, że prezentują oni myślenie konkretne, sztywność, malejącą zdolność do empatii oraz że charakteryzuje ich przenoszenie odpowiedzialności na innych, brak wglądu w siebie oraz samoobwinianie, nierealistyczna ocena

własnych możliwości, postawa roszczeniowa oraz impulsywność wraz ze słabą kontrolą nad ujawnianiem złości [Altshuler 1971]. Szkoda, że autorzy zajmujący się psychiatryczną problematyką głuchoty traktują powyższe zachowania tak, jak gdyby charakteryzowały one ludzi głuchych oraz ich kulturę, i odnoszą się do nich zgodnie z wyżej prezentowanymi przekonaniami, np. „Egocentryczne i sztywne zachowania będące wynikiem oddziaływania kultury głuchych można błędnie wziąć za zaburzenia osobowości” [Misiaszek (i inni) 1985]. Sugerowano, że niepowodzenia w rozwoju języka drogą słuchową przerywają rozwój myślenia abstrakcyjnego u ludzi głuchych, lecz w badaniach przy odpowiedniej kontroli czynników lingwistycznych nie stwierdza się różnicy w zakresie zdolności do tworzenia pojęć u dzieci głuchych i słyszących. Zdolności dzieci głuchych do twórczego myślenia — wiązania z sobą informacji na różne sposoby — okazały się dość wysoko rozwinięte [Koetitz 1976].

Psychiatry oraz osoby pracujące w zawodach związanych ze sprawowaniem opieki nad ludźmi głuchymi powinni zachować ostrożność przy formułowaniu uogólnień na ich temat, jakich dokonują, opierając się często na badaniach nielicznych grup ludzi głuchych, z jakimi się zetknęli.

Etykietą dla omawianych zachowań jest surdofrenia [Basilier 1964]. Do słownie oznaczając „głuchy umysł”, nasuwa wniosek, że są one nagminne w przypadku ludzi głuchych. Można więc niesłusznie przyjmować, że surdofrenia jest odmianą schizofrenii i jako etykieta ma ona co najmniej w tym samym stopniu wątpliwe uzasadnienie, jak i wszystkie pozostałe, przypisywane różnym typom osobowości. Znamienne dla niej cechy są niejasno sprecyzowane i nie różnią się w swym opisie od cech charakteryzujących zaburzenia zachowania u ludzi słyszących wychowywanych na przykład w instytucjach. Jak dotąd, nie istnieją badania nad trafnością terminu „surdofrenia”. Wiadomo, że odznacza się ona prognozą lepszego rokowania pacjenta, ale — jak pokazuje nasze doświadczenie — również i ludzie głusi przejawiający zaburzenia zachowania według ogólnie przyjętych kryteriów lepiej rokują. Preferujemy posługiwanie się terminem „zaburzenia zachowania”, powstrzymując się od oceny ich przyczyn i przebiegu.

III. ETIOLOGIA

Wydaje się, że wśród ludzi głuchych nie obserwuje się znaczącego wzrostu zachorowań na choroby psychiczne. Uzasadnione jest założenie, iż powodowane są one podobnymi przyczynami, jak i w przypadku słyszących pacjentów, tj. pojawiają się wtedy, gdy występowanie czynników zapobiegających nie równoważy wzrastającego ryzyka zachorowania. Z kolei istotny wzrost zaburzeń zachowania w omawianej grupie wymaga wyjaśnienia. Dlaczego ludzie głusi

urodzeni jako dzieci rodziców słyszących tak często przejawiają zaburzenia zachowania? Ogólna opinia na ten temat widzi przyczynę tłumaczącą powyższe zjawisko we frustracji, podczas gdy ludzie głusi upatrują ją w niezdolności słyszących do zrozumienia ich kultury i języka oraz w niemożności zaakceptowania ludzi niesłyszących przez słyszących.

10% głuchych ma głuchych rodziców i korzysta z prawidłowo przyswojonego języka (migowego). Najczęściej nie spotyka się w tej grupie opóźnień umysłowych czy też zaburzeń zachowania. Relacja przywiązania u tych dzieci rozwija się w ten sam sposób, jak u słyszących, natomiast jest opóźniona u dzieci głuchych, których rodzice są słyszący [Meadow (i inni) 1983]. Wydaje się, iż podstawowym czynnikiem jest tu kompetencja komunikacyjna.

IV. KSZTAŁCENIE

Próby uczenia głuchych mowy ustnej wywodzą się od mnichów benedyktyńskich i sięgają XVI w. Od czasu konferencji w Mediolanie w 1880 r. większość nauczycieli w dalszym ciągu kładła nacisk na mowę ustną pomimo powtarzających się niepowodzeń w tym względzie [Lane 1984]. Nie udało im się dostrzec pełni możliwości, jakie ma język migowy, gdyż zignorowali go. W chwili obecnej jest on już uznany przez lingwistów. Niestety, Wielka Brytania pozostaje w tyle za krajami skandynawskimi, w których miejscowe języki migowe zostały oficjalnie uznane przez rady poszczególnych krajów i przyznano prawo nauczania za ich pomocą w szkołach. W Wielkiej Brytanii dopiero w ostatnich kilku latach zaczęto wykorzystywać język migowy w procesie nauczania. Zmiany te dokonują się, na szczęście, szybko, lecz istnieje zagrożenie zarówno pod postacią pozorów integracji, jak i tą wyrażającą się złudnym wyobrażeniem na temat postępu w medycynie i technologii, który mógłby „wykorzenić” głuchotę.

Ludzi głuchych, którzy potrafią mówić, traktuje się jako mniej niepełnosprawnych, chociaż u większości z nich pracowicie, w sztuczny sposób nabyta, zaledwie elementarna mowa odbija się z uszczerbkiem na ich szeroko rozumianym rozwoju społecznym, emocjonalnym oraz intelektualnym. Wiele spośród osób głuchych nie zna podstawowych, prostych pojęć i nie ma biegle opanowanego języka, a niektórzy w istocie nie znają go wcale. Kieruje nimi lęk, że nauka języka migowego przeszkodziłaby w opanowaniu mowy ustnej, odczytywaniu jej z ust oraz w nauce języka (tu: angielskiego). Jednakże badania przeprowadzone w szkołach posługujących się metodą oralną dały gorsze wyniki, otwierając dobrze znaną w środowisku ludzi głuchych ożywioną dyskusję na temat nauczania drogą oralną oraz nauczania opartego na języku migowym. Okazało się, iż nie ma danych o hamującym wpływie komunikacji manualnej na nabywanie mowy ustnej czy umiejętności odczytywania jej z ust.

Wciąż więc osoby głuche mające głuchych rodziców lub też te, w których kształceniu obecna była komponenta manualna, uważa się za gorzej funkcjonujące pod względem intelektualnym i społecznym. Natomiast bardziej przekonujące dane dotyczą innych ujemnych stron, jakie łączą się z rodzinami głuchymi. Głusi rodzice pochodzą często z niższej klasy społecznej, a to, że mieli oni słyszących rodziców, sugeruje, że sami mogli się charakteryzować opóźnionym rozwojem. Zmiany w zasadach edukacji stworzą najbardziej sprzyjającą sytuację dla profilaktyki psychiatrii w odniesieniu do głuchoty.

V. CZYNNIKI ZWIĄZANE Z ZABURZENIAMI ZACHOWANIA

Istotną przyczyną zaburzeń zachowania jest najprawdopodobniej brak bieglej znajomości języka, co można skorygować, lecz oprócz tego występuje w przypadku głuchoty wiele innych czynników sprzyjających zaburzeniom zachowania. Pośród ludzi głuchych poddanych ocenie 50% stanowili ci, u których przyczyną głuchoty był uraz, i uznaje się za prawdopodobne, że wielu z nich z powodu uszkodzeń mózgu przejawia zaburzenia zachowania [Vernon, Rothstein 1968]. Z kolei utrata umiejętności sprawowania opieki rodzicielskiej przez rodziców, będąca reakcją na posiadanie głuchego dziecka, brak komunikacji: rodzice—dziecko, wielokrotne oceny dzieci dokonywane przez ekspertów i hospitalizacje, uczęszczanie dzieci do szkół z internatami związane z separacją ich od rodziców już w wieku 3 lat oraz lepsze komunikowanie się z rówieśnikami niż z rodzicami są tymi właśnie wcześniej oddziaływającymi na dziecko czynnikami.

Słyszące matki dzieci głuchych w wieku przedszkolnym są w stosunku do swoich dzieci mniej przyzwalające, bardziej zaś ingerujące i dyrektywne [Schlesinger, Meadow 1972]. Dzieci te są traktowane nadopiekuńczo. Pomimo tego — i być może w przeciwieństwie do oczekiwań — uważa się je za mające podwyższone poczucie własnej wartości; jest to widoczne bardziej w szkołach z internatami [Garrison, Tesch 1978]. W praktyce, często w momencie opuszczenia ochraniającego środowiska szkolnego przez dziecko, pojawia się większość problemów. Zazwyczaj w tym okresie życia młodzież ta jest często kierowana do specjalistycznych placówek opieki psychiatrycznej. Wyższą samoocenę spotyka się u tych uczniów głuchych, którzy mają głuchych rodziców i są zintegrowani ze środowiskiem ludzi głuchych [Meadow 1975]. Wydaje się, że samoocena tworzona na fundamencie poczucia bezpieczeństwa we własnej kulturze jest bardziej stabilna w przeciwieństwie do samooceny budowanej na trwającej pewien czas nadopiekuńczości i niskich oczekiwaniach stawianych dziecku. Na pierwszy rzut oka nasi pacjenci nie wydają się cierpieć z powodu niskiej samooceny, lecz z pewnością często mają problemy związane z obrazem własnego ciała.

VI. LECZENIE GŁUCHYCH PACJENTÓW PSYCHIATRYCZNYCH

Ogólnie biorąc, postępowanie w opiece psychiatrycznej nad ludźmi głuchymi przebiega według takich samych zasad, jak w przypadku ludzi słyszących. Zdarza się, że diagnoza postawiona w placówkach specjalistycznych może pozostać do końca niejasna. Często jedynym uzasadnionym podejściem w leczeniu jest stosowanie próbnych metod, właściwie kontrolowane, podczas którego ma miejsce ciągła, wnikliwa obserwacja pacjenta. Istnieje zapotrzebowanie na większą liczbę badań ukierunkowanych na pozajęzykowe metody diagnozy oraz badania nad znalezieniem odpowiedników zaburzeń myślenia w języku migowym, jak i w zakresie innych zjawisk [Higgins 1989 — praca nie opublikowana].

Leczenie zaburzeń zachowania czy osobowości w populacji ludzi głuchych z zastosowaniem różnorodnych podejść psychoterapeutycznych udaje się, ogólnie mówiąc, z większym powodzeniem, niż ma to miejsce w odniesieniu do pacjentów słyszących prezentujących podobne zachowania. Dzieje się tak prawdopodobnie ze względu na generalny brak pozytywnych doświadczeń pacjentów w odróżnieniu od posiadanych przez nich — negatywnych — jak i z powodu łatwości, z jaką środowisko można pozytywnie zmieniać, gdy uszanuje się język osoby głuchej i jej kulturę. Naiwność przejawiana przez głuchych pacjentów wobec psychoterapii może okazać się czynnikiem sprzyjającym jej skuteczności [Hoyt 1981].

VII. WNIOSKI

Z przykrością trzeba stwierdzić, że dawne opinie nie tracą na aktualności. Wypowiedź Heleny Keller [1929], że „głuchota przed okresem nabycia języka jest większym nieszczęściem niż ślepotą”, kontrastuje z poglądami, jakie — zdaniem Besta [1943] — reprezentuje społeczeństwo: „Możliwe jest pojawienie się głuchego w komediach, niewidomego zaś spotyka się tylko w tragediach”. Powodem takiego przekonania jest swoista tragi-komedia ludzi pozbawionych możliwości komunikowania się.

Ludzie głusi potrzebują uznania ich ze strony społeczeństwa jako mających odrębną kulturę, z czym łączy się fakt posiadania odmiennego języka. Nieodzwonne jest uznanie go za pierwszy język i wykorzystanie w celu umożliwienia rozwoju, powszechnego nauczania i nauki języka [tu: angielskiego] w piśmie, odczytywanego z ust, jak i mówionego — czyli podejście bilingwalne (dwujęzyczne). Fakt ten powinien być uznany przez wszystkie placówki przeznaczone dla ludzi głuchych — wówczas zmniejszyłaby się liczba osób głuchych korzystających z opieki psychiatrycznej. Można rów-

nież wykształcić odpowiednią liczbę wykwalifikowanych specjalistów w zakresie zdrowia psychicznego wywodzących się spośród ludzi głuchych, którzy świadczyliby usługi. Niepotrzebnie istniejące różnice pomiędzy ludźmi słyszącymi i głuchymi mogłyby wreszcie zaniknąć.

Bibliografia*

- Altshuler K. (1971) Studies of the deaf: relevance to psychiatric theory. *Am. J. Psychiatry* 127:1521-6.
- Altshuler K., Sarlin M. (1963) Deafness and schizophrenia: a family study. In: Rainer J., Altshuler M., Kallmann F., Deming E., eds. *Family and Mental Health Problems in a Deaf Population*. Department of Medical Genetics, New York State Psychiatric Institute, Columbia University: 204-13.
- Altshuler K., Baroff G., Rainer J. (1963) Operational description of pilot clinic. In: Rainer J., Altshuler M., Kallmann F., Deming E., eds. *Family and Mental Health Problems in a Deaf Population*. Department of Medical Genetics, New York State Psychiatric Institute, Columbia University: 155-166.
- Basilier T. (1964) Surdophrenia: the psychic consequences of congenital or early acquired deafness. *Acta Psychiatr. Scand.* 40: 362-372.
- Basilier T. (1972) A socio-medical evaluation of hearing loss as a disabling factor (surdophrenia norvegica: part 1). *Scand. Audiol.* 1: 55-68.
- Best H. (1943) *Deafness and the Deaf in the United States*. Macmillan, New York.
- Cooper A. F. (1976) Deafness and psychiatric illness. *Br. J. Psychiatry* 129: 216-26.
- Cornforth A. (1972) Disturbed and deaf. *Nursing Times* 68: 139-41.
- Critchley E., Denmark J., Warren F., Wilson K. (1981) Hallucinatory experiences of prelingually profoundly deaf schizophrenics. *Br. J. Psychiatry* 138: 30-32.
- Denmark J. (1966) Mental illness and early profound deafness. *Br. J. Med. Psychol.* 39: 117-24.
- Denmark J. (1985) A study of 250 patients referred to a department of psychiatry for the deaf. *Br. J. Psychiatry* 146: 282-6.
- Evans J., Elliot H. (1981) Screening criteria for the diagnosis of schizophrenia in deaf patients. *Arch. Gen. Psychiatry* 38: 787-90.
- Evans J. W., Elliot H. (1987) The mental status examination. In: Elliot H., Glass L., Evans J. W., eds. *Mental Health Assessment of Deaf Clients: A Practical Manual*. Little, Brown and Company, Boston, Massachusetts: 83-92.
- Garrison W., Tesch S. (1978) Self concept and deafness: a review of research literature. *Volta Review* 80: 457-66.
- Hoyt M., Siegelman E., Schlesinger H. (1981) Special issues regarding psychotherapy with the deaf. *Am. J. Psychiatry* 138: 807-11.
- Keller H. (1929) *Midstream: My Later Life*. Hodder and Stoughton, London.
- Koetitz L. (1976) Cognitive and psychosocial development in deaf children: a review of the literature. *Education and Training of the Mentally Retarded* 11: 66-72.
- Kropka B., Williams C. (1980) The deaf and partially hearing in mental handicap hospitals: the disadvantaged minority? *Br. J. Mental Subnormality* 26: 89-93.

* Zachowujemy oryginalny zapis bibliograficzny z artykułu.

- Lancet* (1981) Hearing loss and perceptual dysfunction in schizophrenia (Editorial). *Lancet* II: 848-9.
- Lane H. (1984) *When the Mind Hears: A History of the Deaf*. Random House, New York.
- Mahapatra S. (1974) Deafness and mental health: psychiatric and psychosomatic illness in the deaf. *Acta Psychiatr. Scand.* 50: 596-611.
- Meadow K. (1975) The development of deaf children. In: Heatherington M., ed. *Review of Child Development Research, Vol 5*. University of Chicago Press, Chicago, London: 441-508.
- Meadow K. (1981) Studies of behaviour problems of deaf children. In: Stein L., Mindel E., Jabaley T., eds. *Deafness and Mental Health*. Grune and Stratton, New York: 3-22.
- Misiaszek J., Dooling J., Gieseke M., Melman H., Misiaszek J. G., Jorgensen K. (1985) Diagnostic considerations in deaf patients. *Compr. Psychiatry* 26: 513-21.
- Moore N. (1981) Is paranoid illness associated with sensory defects in the elderly? *J. Psychosom. Res.* 25: 69-74.
- Orr F., DeMatteo A., Heller B., Lee M., Nguyen M. (1987) Psychological Assessment. In: Elliot H., Glass L., Evans W., eds. *Mental Health Assessment of Deaf Clients: A Practical Manual*. Little, Brown and Company, Boston, Massachusetts: 93-106.
- Phoenix S. (1988) *An Interim Report on a Pilot Survey of Deaf Adults in Northern Ireland*. Available from the Northern Ireland Workshop with the Deaf, Bryson House, 28 Bedford Street, Belfast BT2 7 FE.
- Rainer J., Deming W. (1963) Demographic aspects: number, distribution, marriage and fertility statistics. In: Rainer J., Altshuler M., Kallmann F., Deming E., eds. *Family and Mental Health Problems in a Deaf Population*. Department of Medical Genetics, New York State Psychiatric Institute, Columbia University: 13-27.
- Schlesinger H., Meadow K. (1972) *Sound and Sign: Childhood Deafness and Mental Health*. University of California Press, Berkeley.
- Timmermans L. (1989) Research project for European Society for Mental Health and Deafness. Proceedings of the European Congress on Mental Health and Deafness, Utrecht: 87-91.
- Vernon M., Ottinger P. (1981) Psychological evaluation of the deaf and hard of hearing. In: Stein L., Mindel E., Jabaley T., eds. *Deafness and Mental Health*. Grune and Stratton, New York: 49-64.
- Vernon M., Rothstein D. (1968) Prelingual deafness: an experiment of nature. *Arch. Gen. Psychiatry* 19: 361-9.

Tłumaczyła:
Joanna Kobosko