

Joanna Kobosko, Joanna Kosmalowa

Klinika Rehabilitacji, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, Warszawa

Depresja a rodzina dziecka z głuchotą (niedosłuchem) pre- i perilingwalną

Depression and the Family of a Child with Pre- and Perilingual Deafness

Słowa kluczowe: depresja, depresja u matek dzieci głuchych i słabo słyszących, depresja u ojców dzieci głuchych i słabo słyszących, rodzice dzieci niepełnosprawnych, matki dzieci głuchych z implantem ślimakowym, dziecko głuche i słabo słyszące, Kwestionariusz Depresji Becka (BDI).

Key words: depression, depression in mothers of deaf and hard of hearing children, depression in fathers of deaf and hard of hearing children, parents of handicapped children, mothers of deaf implanted children, deaf and hard of hearing child, Beck Depression Inventory (BDI).

Streszczenie

W pracy autorki przedstawiają wstępne wyniki badań dotyczących obecności depresji u rodziców, tj. na tym etapie badań słyszących matek dzieci z uszkodzonym narządem słuchu z głuchotą (niedosłuchem) pre- i perilingwalną, posługujących się klasycznymi aparatami słuchowymi oraz implantami ślimakowymi.

Kierując się poglądami wyrażonymi w literaturze przedmiotu, a także na podstawie doświadczeń klinicznych przyjęto, że u części słyszących rodziców dzieci głuchych (i słabo słyszących) noszących aparaty słuchowe i korzystających z wszczepionego implantu ślimakowego ujawnia się depresja. Z jednej strony, jeśli depresja stanowi składową w obrazie przeżywania przez rodziców żałoby jest to jak najbardziej naturalna reakcja. Z drugiej zaś opisywany stan psychiczny rodziców, nasilenie i „jakość” ich depresyjności w przeżywaniu świata pozostaje w zależności z rozwojem psychicznym dziecka, m.in. poprzez zmianę klimatu emocjonalnego relacji rodzice-dziecko i relacji między małżonkami.

W badaniach do oceny stanu psychicznego matek posłużono się Kwestionariuszem Depresji Becka (BDI) oraz Testem Kolorów Lüschera (LCT) w wersji pełnej; w celu uzyskania niezbędnych danych demograficznych o badanej rodzinie dziecka głuchego czy słabo słyszącego i informacji dotyczących samego dziecka i przebiegu rehabilitacji użyto kwestionariusza wywiadu z rodzicami „Ankieta dla Rodziców”.

Summary

The authors of the paper set forth preliminary research results concerning the occurrence of depression in the families with the hearing-impaired children using the classical hearing aids and the cochlear implant. The families of the hearing children are a reference group.

Taking a lead from the opinions voiced in the scientific literature on the subject in question as well as based on the clinical experience, it has been assumed that in some of the implanted children's parents (as well as in the parents whose children use classical hearing aids) depression takes place.

For the evaluation of the parents' clinical state there were used, among others, BDI (Beck Depression Inventory) and Lüscher Colour Test (LCT) (full version). The interview „paper and pencil” with parents were used (called „Questionnaire for Parents”) in order to obtain the essential demographic data concerning all the participating families in a present study.

I. WPROWADZENIE

Badania nad rodzicami dzieci z różnymi zaburzeniami w rozwoju, w tym słyszącymi matkami i ojcami dzieci głuchych i słabo słyszących, podobnie jak i nasze obserwacje kliniczne czynione podczas regularnych kontaktów z rodzicami – w procesie rehabilitacji czy podczas konsultacji – zgłaszającymi się do Instytutu, wskazują na wagę problemu depresji u matek i ojców dzieci z problemami rozwojowymi. Stąd też próba przyjrzenia się zjawisku depresji u słyszących matek dzieci głuchych i słabo słyszących; próba ustalenia, jaka jest jego częstość występowania i jaka specyfika.

II. O DEPRESJI I DEPRESJI RODZICIELSKIEJ W ASPEKCIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Depresja i zaburzenia depresyjne należą do najczęstszych problemów w obszarze zdrowia psychicznego. W krajach europejskich, według danych uzyskanych w ramach programu DEPRES [Pużyński 2000], rozpowszechnienie „dużej depresji” mieści się w przedziale 3,8-9,1%, „małej depresji” w przedziale 1,5-3,0%, a „objawy depresyjne”, które nie spełniają kryteriów zespołu stanowią 5,6-11,6%. Kobiety częściej ujawniają symptomy depresyjne niż mężczyźni [Heneghan (i in.) 1998] i ma to u nich miejsce prawie dwukrotnie częściej [Czabała 2000].

Bycie matką lub ojcem małych dzieci, jak się okazuje, czyni rodziców bardziej „podatnymi” na doświadczanie depresji lub symptomów depresyjnych. Wśród matek odwiedzających różnorodne placówki opieki pediatrycznej w Stanach Zjednoczonych występowanie depresji szacuje się na od 12% do 47%. Wskaźnik ten wzrasta wraz z rosnącą liczbą dzieci lub w sytuacji, gdy dziecko cierpi na chroniczną chorobę; do innych czynników zwiększających ryzyko pojawienia się obja-

wów depresyjnych zalicza się u rodziców środowisko wielkomiejskie, ubóstwo i niski status społeczno-ekonomiczny, bezrobocie oraz niski poziom wykształcenia rodziców [Heneghan (i in.) 1998].

Okazuje się, że pomimo znaczącego rozpowszechnienia objawy depresyjne są często nierozpoznawane i nieleczone. Wśród pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej, jak wynika z badań prowadzonych w Stanach Zjednoczonych, lekarze pierwszego kontaktu nie są w stanie wykryć depresji u 50-70% osób, u których ona występuje [Pacan (i in.) 2000; Pużyński 2000b].

W obliczu powyższych faktów można sądzić, iż rodzice dzieci z różnymi zaburzeniami w rozwoju czy przewlekłe chorych znajdują się w podobnej do powyższej sytuacji, a istota ich cierpienia (depresja) pozostaje nierozpoznana lub niedopuszczana do świadomości często nie tylko ich własnej, lecz i bliższego, i dalszego otoczenia społecznego, w tym specjalistów. Rodzice cierpią z powodu depresji, tej naturalnej, bo niejako wpisanej w fazowość przebiegu procesu żałoby wskutek utraty dziecka „normalnego”, „zdrowego” [Zalewska 1998b; Pisula 1998]. Trzeba mieć jednak na względzie, że czasem ich cierpienie staje się depresją chorobową, wymagającą specjalistycznej pomocy psychoterapeutycznej (i psychiatrycznej), z którą nie sposób jest poradzić sobie skutecznie samej matce, ojcu, małżonkom.

Depresja u rodziców ma swoje liczne konsekwencje. Przede wszystkim pozostaje w związku z zaburzeniami rozwojowymi, zaburzeniami zachowania i problemami emocjonalnymi u dzieci [Heneghan (i in.) 1998]. Oznacza to na przykład, że opisywany stan psychiczny rodziców jest uwikłany w klimat emocjonalny relacji z dziećmi, relacji między małżonkami i innymi ludźmi z otoczenia [Tyra 1999 – przegląd badań; Rola 1996]. W przypadku rodziców dzieci z zaburzeniami w rozwoju ich stan psychiczny, w tym ten opisany jako depresja, jest często odpowiedzialny za „niewystarczająco efektywną rehabilitację” lub jej brak, niewidzenie przyszłości przed sobą i własnymi dziećmi, które są dziećmi z różnymi upośledzeniami. „Pozbawiony człowiek”, a więc osoba w depresji, traci też jakąś część swojego „ja” [Walewska 1992], a jest to problem natury psychicznej, znajdujący swoje odbicie w relacjach społecznych, pracy zawodowej i aktywności życiowej.

Mówiąc o konsekwencjach stanu psychicznego matki (i ojca) dziecka z zaburzeniami w rozwoju z perspektywy posiadanej przez matkę reprezentacji (obrazu) własnego dziecka – warto wiedzieć, że reprezentacja taka nie pozwala, jak na przykład w przypadku dzieci często chorujących na infekcje dróg oddechowych [Gracka-Tomaszewska 2000], między innymi na zaspokojenie wszystkich potrzeb dziecka. Potrzeby takie, jak niezależności, kontaktu fizycznego, opieki są zaspokajane w ograniczonym stopniu, a własności reprezentacji u omawianych matek powodują wnoszenie do relacji takich emocji, z którymi dziecko nie jest sobie w stanie poradzić. Jak pokazuje Zalewska [Zalewska 1998a], reprezentacja dzieci

głuchych, tych, które nie rozwijają mowy, u ich słyszących matek posiada także swoją specyfikę. Otóż, w reprezentacjach u tych matek głuchota dziecka stanowi odniesienie w jego opisie i w psychice matki odmienność dziecka, jego traktowania, jego nauczania i psychiczna obcość jest ściśle związana z głuchotą. Dziecko głuche (i nie mówiące) jest charakteryzowane przez swoje matki w kategoriach zmian w funkcjonowaniu psychospołecznym, a w szczególności w obszarze komunikowania się i rozwoju mowy; realne zaś dziecko głuche (i nie mówiące) w psychice słyszących matek zostaje przesłonięte obrazem dziecka z niedawnej przeszłości (tj. sprzed diagnozy głuchoty) i obrazem dziecka oczekiwanego („komunikującego się słownie i rozwijającego się <normalnie>”). Wyniki te potwierdzają liczne badania nad stresem rodzicielskim, jakiego doświadczają rodzice dzieci z upośledzeniami czy przewlekłe chorych [Mattie-Lusic, Javornisky, DiMario 2000; Meadow-Orlans 1995].

III. CZYM JEST DEPRESJA?

W rozumieniu potocznym słowem depresja określa się wszelkiego rodzaju stany złego samopoczucia, obniżonego nastroju, przygnębienia, apatii, smutku czy niechęci do działania itp. Jeśli chodzi o stanowisko wyrażane w psychiatrii, to o depresji mówimy w przypadku „szczególnego rodzaju zaburzeń nastroju i emocji, które można uznać za zjawisko chorobowe” [Świącicki 2000]. W celu rozróżnienia „zwykłej” depresji od tej „prawdziwej” posługujemy się kryteriami diagnostycznymi przyjętymi według jednego z obowiązujących systemów klasyfikacji zaburzeń psychicznych.

Do podstawowych objawów depresji – według ICD-10 [ICD-10 2000] – należą:

1. Obniżenie nastroju.
2. Utrata zainteresowań i zdolności do radowania się.
3. Zmniejszenie energii prowadzące do wzmożonej męczliwości i zmniejszenia aktywności. Do innych częstych objawów depresji zalicza się: a. Osłabienie koncentracji i uwagi. b. Niska samoocena i niska wiara w siebie. c. Poczucie winy i małej wartości. d. Pesymistyczne, czarne widzenie przyszłości. e. Myśli, tendencje i próby samobójcze. e. Zaburzenia snu. f. Zmniejszony apetyt.

W depresji „zwykłej” obecne jest przygnębienie, „chandra”, które trwają krótko (godziny) w odróżnieniu od depresji chorobowej, w której czas trwania smutku i przygnębienia rozciąga się na tygodnie i miesiące; opisany stan psychiczny w poczuciu osoby depresyjnej jest często spostrzegany jako choroba, co nie występuje w przypadku człowieka „normalnie przygnębiętego”; ponadto w działaniu i przeżyciach osoby w „prawdziwej” depresji ma miejsce dezorganizacja aktywności złożonej, co zwykle nie pojawia się w przygnębieniu „normalnym” [Pużyński 1996, za: Świącicki 2000].

Objawy składające się na obraz depresji pozwalają nam łatwiej wyobrazić sobie świat przeżyć osób chorych na depresję. Uzupełnienie wnosi myślenie psychoanalityczne o depresji i wskazanie na wspólne im wszystkim cierpienie, które wyraża stan pozbawienia, czyli braku, bezradności, spustoszenia itp. [Walewska 1992].

IV. DEPRESJA W PRZEŻYCIACH MATEK I OJCÓW DZIECI NIEPEŁNOSPRAWNYCH – PRZEGLĄD BADAŃ

Dobrze jest zdawać sobie sprawę, że słysząca matka dziecka głuchego i słabo słyszącego doświadcza utraty „dziecka słyszącego”, „dziecka zdrowego”, „dziecka, które zrealizuje jej pragnienia i wyobrażenia” – musi więc przeżyć proces żałoby. Matka ta, jak się okazuje, doświadczać może utraty w obrębie „ja”, np. traci „poczucie własnej atrakcyjności jako kobiety” [Domańska 1996] czy „traci poczucie własnego zdrowia i normalności”, bo „urodziła dziecko kalekie, głuche”.

Wobec istnienia poczucia wielu utrat w przeżyciach słyszącej matki dziecka głuchego, jak i rodziców dzieci niepełnosprawnych czy chorych myślenie o żałobie (przebieg procesu żałoby zaproponowany przez S. Blanloeil [1985, w: Zalewska 1998 b] i depresji jest uzasadnione. Żałoba to zdaniem Z. Freuda [Freud 1916, w: Walewska, Pawlik 1992] naturalna reakcja na utratę obiektu zewnętrznego, normalny stan depresyjny, któremu towarzyszy nastrój smutku i przygnębienia; wiąże się ten stan z utratą poczucia własnej wartości. Melancholia (czyli depresja) jest natomiast patologicznym stanem depresyjnym i nie stanowi reakcji na rzeczywistą utratę obiektu miłości, chociaż taka reakcja może być wyzwolona w tej sytuacji: wraz z doświadczeniem utraty części *ego*. Depresja w ujęciu psychoanalitycznym stanowi bowiem jedną z możliwości „rozwiązania procesu żałoby”.

Sytuacja podjęcia przez matkę decyzji o wszczęciu jej głuchemu dziecku implantu ślimakowego jest sytuacją szczególną, w której pojawia się często fantazja o „odzyskaniu dziecka słyszącego i mówiącego”, „o przywróceniu dziecka, które będzie normalnie słyszało”. Tak więc implant ślimakowy może się stać w efekcie „powodem” kolejnej psychicznej utraty związanej „z oczekiwanymi przez matkę ponownymi narodzinami dziecka słyszącego, które będzie mówić”. Obiektywnie istnieje więc w niektórych przypadkach w poczuciu matki zagrożenie doświadczenia kolejnej i jeszcze bardziej bolesnej utraty. Sytuacja taka oddala też matkę od konfrontacji z rzeczywistością – posiadania dziecka głuchego.

Ważne zdaje się być pytanie, na ile uprawnione jest twierdzenie, że specjaliści zajmujący się rehabilitacją dzieci głuchych i słabo słyszących – lekarze, logopedzi, pedagodzy, fizjoterapeuci i in. – powinni liczyć się z faktem, iż przychodzi do nich na wizytę, spotkanie czy sesję terapeutyczną wraz z dzieckiem „kobieta w depresji”? A co więcej, niezwykle istotną jest sprawa, iż wymagają oni uwrażliwienia i wiedzy na temat depresji i jej rozpoznawania czy szerzej patrząc,

wiedzy na temat życia psychicznego ich klientów (tj. rodziców dzieci niepełnosprawnych), form pomocy psychologicznej i elementarnych umiejętności radzenia sobie w kontakcie z osobą depresyjną w sytuacjach pomagania: rehabilitowania, leczenia, „edukowania” i in.

Depresja u rodziców dzieci głuchych i słabo słyszących, dzieci z inną niepełnosprawnością oraz dzieci bez zaburzeń w rozwoju

Prezentujemy poniżej (tab. 1) przykładowe wyniki badań nad obecnością depresji w różnych populacjach matek (i ojców) – słyszących matek i ojców dzieci głuchych i słabo słyszących, matek dzieci upośledzonych umysłowo, ojców dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym, matek dzieci w różnym wieku bez problemów w rozwoju, matek z diagnozą kliniczną depresji leczonych psychiatrycznie oraz matek i ojców w okresie stawiania się rodzicami, tj. przed narodzinami dziecka i w odstępie 18 i 52 tygodni po narodzinach dziecka. Cytowane badania pokazują, jak kształtuje się depresyjność na podstawie wyników uzyskiwanych za pomocą Kwestionariusza Depresji Becka (BDI). Oczywiście, jak można było oczekiwać, najwyższy wskaźnik depresyjności (średnia wyników BDI na poziomie grupy) ujawniają matki w depresji klinicznej, a jego wielkość mieści się na granicy depresji łagodnej i umiarkowanej według norm BDI; kolejną co do wysokości omawianego wskaźnika grupą są matki dzieci z upośledzeniem umysłowym. Matki dzieci głuchych i słabo słyszących uzyskują na poziomie średnich wyników w grupie wielkość wskaźnika w granicach normy podanej przez A. T. Becka [1993, za: Leigh 1999].

V. MATERIAŁ I METODA

1. Osoby badane

Badanymi są słyszące matki dzieci głuchych i słabo słyszących oraz słyszących. Wyodrębniono 3 grupy matek: matki dzieci implantowanych (I), matki dzieci posługujących się konwencjonalnymi aparatami słuchowymi (A) i grupę matek dzieci słyszących (S) jako grupę odniesienia. Ogółem przebadano $n = 86$ matek. Charakterystykę badanych matek pod względem wieku, wykształcenia, statusu małżeńskiego, liczebności wyodrębnionych grup i charakterystykę dzieci pod względem wieku, posiadania innych niepełnosprawności, wieku w momencie diagnozy głuchoty, wieku w momencie implantacji i czasu korzystania z implantu zawierają tabele (tab. 2 oraz tab. 3a i 3b).

Tab. 1. Zestawienie wyników przykładowych badań, w których wykorzystano Kwestionariusz Depresji Becka (BDI)

Wyszczególnienie	Liczebność próby (n)	Wyniki BDI ($\bar{x}$, SD)
Słyszące matki dzieci głuchych i słabo słyszących (badania K. Domańskiej, 1996; Wydział Psychologii UW)	$n = 30$	$\bar{x} = 7,37$
Słyszący ojcowie dzieci głuchych i słabo słyszących (badania M. Zaczyńskiej, 1999; Wydział Psychologii UW)	$n = 20$	$\bar{x} = 3,5$
Matki dzieci z upośledzeniem umysłowym (badania J. Roli, 1996; Wydział Psychologii UW)	$n = 200$	$\bar{x} = 12,5$ SD = 2,5
Matki depresyjne dzieci w wieku 9-13 lat (badania L. Taylor, 1999; California School of Professional Psychology oraz R. E. Ingram, San Diego State University)	$n = 40$	$\bar{x} = 14,25$ SD = 13,26
Ojcowie dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym (badania K. Michelsen, 2000; Wydział Psychologii UW)	$n = 10$	$\bar{x} = 13,5$
Matki dzieci bez zaburzeń w rozwoju: A. W wieku przedszkolnym 3-5 lat (badania K. Domańskiej, 1996; Wydział Psychologii UW)	$n = 30$	$\bar{x} = 5,0$
B. W wieku szkolnym 9-13 lat (badania L. Taylor, 1999; California School of Professional Psychology oraz R. E. Ingram, San Diego State University)	$n = 42$	$\bar{x} = 3,26$ SD = 3,60
Matki i ojcowie dzieci w okresie prenatalnym		
Matki	$n = 157$	$\bar{x} = 5,1$
Ojcowie	$n = 157$	$\bar{x} = 2,8$
Matki i ojcowie dzieci po 18 tygodniach od narodzin dziecka		
Matki	$n = 157$	$\bar{x} = 5,1$
Ojcowie	$n = 157$	$\bar{x} = 2,8$
Matki i ojcowie dzieci po 52 tygodniach od narodzin dziecka		
Matki	$n = 146$	$\bar{x} = 4,4$
Ojcowie	$n = 146$	$\bar{x} = 3,4$
(badania S. Matthey i wsp., 2000; Pediatric Mental Health Service, South Western Sydney)		

Legenda: $\bar{x}$ – średnia wyników, SD – odchylenie standardowe

Tab. 2. Charakterystyka matek w grupach (I), (A), (S) pod względem wieku, wykształcenia, statusu małżeńskiego, liczby dzieci w rodzinie

Grupa matek	Wiek (lata) ($\bar{x}$)	Wykształcenie	Status małżeński	Liczba dzieci w rodzinie
Grupa (I) $n = 26$	33,9	Podstawowe = 1 Średnie = 19 Wyższe = 6	Zamężna = 25 Samotna = 1	1 dziecko = 12 > 1 dziecko = 14
Grupa (A) $n = 30$	33,6	Podstawowe = 9 Średnie = 15 Wyższe = 6	Zamężna = 29 Samotna = 1	1 dziecko = 10 > 1 dziecko = 20
Grupa (S) $n = 30$	34,8	Brak danych	Zamężna = 30 Samotna = 0	1 dziecko = 14 > 1 dziecko = 16

Tab. 3. Charakterystyka dzieci w grupach matek (I), (A), (S) pod względem wieku, płci, rodzaju głuchoty dziecka (pre- i perilingwalna), wieku dziecka w momencie diagnozy, czasu trwania głuchoty w świadomości matki, wieku dziecka w chwili implantacji, czasu posługiwania się implantem ślimakowym, współwystępowania innych niepełnosprawności

Tab. 3a

Grupa dzieci	Wiek (lata, miesiące) ($\bar{x}$)	Płeć (K/M)	Rodzaj głuchoty (głuchota peri-, pre-lingwalna)	Wiek dziecka w chwili diagnozy (lata, miesiące) ($\bar{x}$)	Czas trwania głuchoty w opinii matki (lata, miesiące) ($\bar{x}$)
Grupa (I)	7;1	K = 19 M = 11	Peri- = 4 Pre- = 22	1;2	6;8
Grupa (A)	3;8	K = 14 M = 16	Peri- = 2 Pre- = 28	1;1	2;9
Grupa (S)	5;1	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy

Tab. 3b

Grupa dzieci	Wiek dziecka w chwili implantacji (lata, miesiące)	Czas posługiwania się implantem ślimakowym (lata, miesiące)	Obecność innych niepełnosprawności (n)
Grupa (I)	$\bar{x} = 6;8$	$\bar{x} = 1;1$	1
Grupa (A)	Nie dotyczy	Nie dotyczy	1
Grupa (S)	Nie dotyczy	Nie dotyczy	0

Najbardziej zróżnicowana pod względem wyżej wyodrębnionych właściwości jest grupa matek dzieci implantowanych i samych dzieci korzystających ze wszczepu ślimakowego (co wyznacza np. bardzo zróżnicowany wiek w momencie implantacji). Wszystkie dzieci z wadą słuchu są dziećmi o znacznym i głębokim ubytku słuchu z diagnozą głuchoty pre- lub perilingwalnej; w grupie (I) oraz grupie (A) objęto badaniami po 1 matce dzieci ze sprzężoną niepełnosprawnością.

2. Metoda badań

Kwestionariusz Depresji Becka (*Beck Depression Inventory – BDI*) – kwestionariusz typu „papier i ołówek” służący do pomiaru poziomu depresji; składa się z 21 pozycji dotyczących różnych aspektów życia psychicznego, w których mogą ujawniać się symptomy depresyjne. Badany wybiera jedną z 4 odpowiedzi liczonych na 4-punktowej skali. Wskaźnik depresji stanowi sumę punktów uzyskanych we wszystkich pozycjach.

Przy ocenie wyników BDI posłużono się normami wg podręcznika A. T. Becka, zgodnie z którymi obecność depresji możemy rozważać od wyniku BDI=10 pkt i więcej (oczywiście, diagnoza depresji wymaga przede wszystkim kontaktu klinicznego z badanym). Tak więc, gdy otrzymujemy wynik BDI w przedziale: 0-9 pkt – norma; 10-15 pkt – łagodna depresja; 16-19 pkt – stan od łagodnej depresji do depresji umiarkowanej; 20-29 pkt – stan od depresji umiarkowanej do depresji ciężkiej; 30-63 pkt – depresja ciężka.

Test Kolorów M. Lüschera (*Lüscher Colour Test – LCT*) – test służy do opisu stanu psychovegetatywnego człowieka; w teorii „psychologii kolorów M. Lüschera” i psychologii regulacyjnej (*regulative psychology*) leżącej u jego podstaw zakłada się m.in., że percepcja kolorów jest jednakowa we wszystkich kulturach oraz że subiektywna ocena kolorów (sympatyczny, niesympatyczny) pozwala opisać stan emocjonalny badanego ograniczając udział jego świadomej werbalizacji. Test składa się z 8 tablic (7 tablic z zestawami różnych kolorów chromatycznych i achromatycznych i 1 tablica z zestawem form geometrycznych).

Poszczególne sygnatury testu opisują badaną osobę np. w zakresie 4 sfer funkcjonowania: poczucia przynależności (np. bliskie związki, idee – wybory koloru niebieskiego), sterowania sobą (np. poczucie wartości – wybory koloru zielonego), aktywności (energia życiowa, seks, sukces, pobudzenie – wybory koloru czerwonego), oczekiwań (np. oczekiwania wobec przyszłości – wybory koloru żółtego), wyróżnione wskaźniki informują o obecności lęku i kompensacji oraz ich rodzajach, pozwalają na ocenę równowagi vs. destabilizacji psychovegetatywnej, o istnieniu konfliktów między potrzebami emocjonalnymi a postawą intelektualną badanego i in.

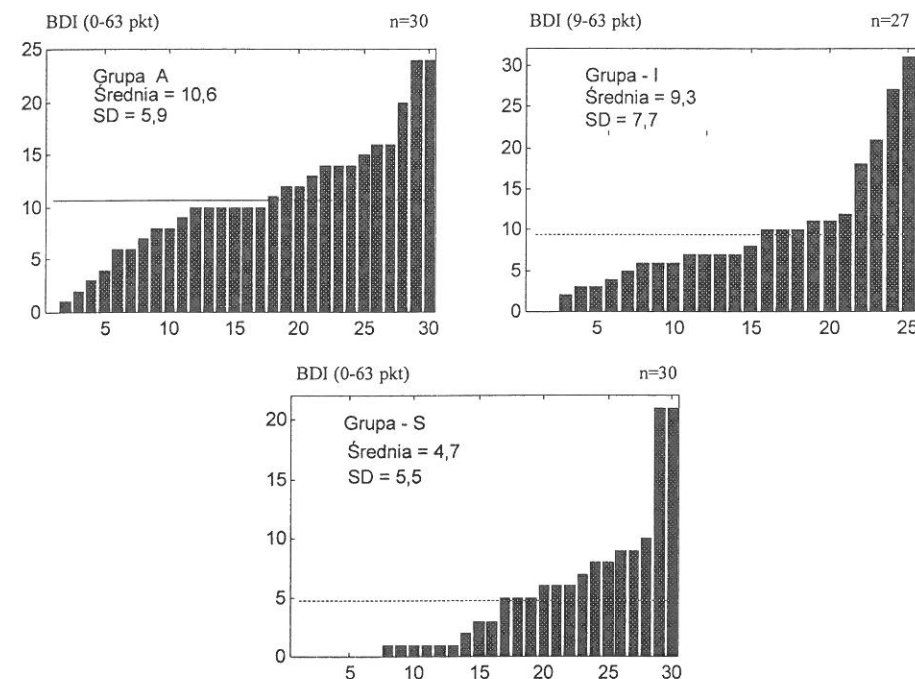
Kwestionariusz ankiety „Ankieta dla Rodziców” – został stworzony przez jedną z autorek dla celów badań. Zawiera 63 pytania zamknięte i otwarte dotyczące m.in. danych osobowych dziecka, sytuacji rodzinnej dziecka, wiadomości o uszkodzeniu narządu słuchu, aparatów słuchowych / implantów ślimakowych i powodzenia w ich korzystaniu (np. „Czy dziecko nosi chętnie aparaty słuchowe”), przebiegu rehabilitacji i jej oceny w świadomości rodziców (np. „Ocena dotychczasowej rehabilitacji przez rodziców”, „Co sprawia Ci największy kłopot?”), edukacji przedszkolnej i szkolnej dziecka, sposobu komunikowania się dziecka w rodzinie i otoczeniu.

Analiza statystyczna – ze względu na stosunkowo niewielką liczebność grup badanych porównywano zgodność otrzymanych rozkładów liczebności wyników BDI stosując test Wilcozona przy $p=0,05$ dla prób niezależnych i poszukując zarysowujących się tendencji.

VI. WYNIKI I DYSKUSJA WYNIKÓW

1. Depresja u matek dzieci głuchych i słabo słyszących

Okazało się, że matki dzieci głuchych i słabo słyszących zarówno korzystających z implantu, jak i posługujących się aparatem słuchowym (ryc. 1) doświadczają depresyjności o intensywności istotnie większej: średnia = 10, odchylenie standardowe = 5,9 w grupie (A); średnia = 9,3, odchylenie standardowe = 7,7 w grupie (I) niż matki dzieci słyszących: średnia = 4,7, odchylenie standardowe = 5 w grupie (S). Nie ma istotnych statystycznie różnic między grupą matek (A) i grupą (I), Uzyskany wynik mówi, że przeciętnie doświadczana depresja u matek dzieci głuchych i słabo słyszących niezależnie od rodzaju zastosowanej protezy słuchu osiąga poziom depresji łagodnej w odniesieniu do populacji tych matek.



Ryc. 1. Rozkłady wartości wyników Kwestionariusza Depresji Becka (BDI) uzyskanych przez matki w wyodrębnionych grupach (A), (I), (S)

W kategoriach diagnostycznych dla depresji o różnym jej nasileniu wyodrębnionych przez Becka, wskazujących na prawdopodobieństwo doświadczania przez osobę badaną depresji (tabela 4) znalazło się: w grupie (A) – 19 matek; w grupie (I) – 10 matek, a w grupie matek dzieci słyszących (S) – 4 osoby. Uwzględnienie wyników Testu Kolorów Lüschera w grupie matek dzieci z implantem ślimakowym (I) (przy $n=23$ osoby) pozwala przypuszczać, że liczba matek depresyjnych jest przynajmniej zbliżona w obu grupach matek dzieci głuchych i słabo słyszących (A) i (I), tak samo jak zbliżony co do intensywności okazuje się poziom „przeciętnie” doświadczanej przez matki dzieci głuchych depresji, niezależnie od rodzaju zastosowanej wobec dziecka protezy słuchowej: konwencjonalny aparat słuchowy lub implant ślimakowy.

Tab. 4. Rozkład liczebności w poszczególnych kategoriach depresji wg norm Becka w badanych grupach matek (I), (A), (S)

Grupa matek	Norma (Wyniki BDI: 0-9 pkt)	Depresja lekka (Wyniki BDI: 10-14 pkt)	Depresja lekka – depresja umiarkowana (Wyniki BDI: 15-19 pkt)	Depresja umiarkowana – depresja ciężka (Wyniki BDI: 20-24 pkt)	Depresja ciężka (Wyniki BDI: 25-63 pkt)
Grupa (I)	15	6	1	2	1
Grupa (A)	11	14	3	2	-
Grupa (S)	26	2	-	2	-

Okazało się, że w całej badanej grupie matek dzieci głuchych i słabo słyszących, tj. łącznie w grupie (I) oraz (A), poziom depresji jest wyższy u matek z wykształceniem podstawowym (test Wilcozona, przy $p=0,05$; por. ryc. 1) względem matek z wykształceniem średnim i wyższym. Wiek matek dzieci z głuchotą nie różnicuje ich pod względem poziomu depresji w BDI; wiek dzieci głuchych i słabo słyszących okazał się czynnikiem istotnie różnicującym matki w kierunku wyższego poziomu depresji, gdy dzieci te miały 8 lat i więcej.

Poziom depresji u matek dzieci głuchych i słabo słyszących w grupach wyodrębnionych ze względu na subiektywną ocenę powodzenia w rehabilitacji wyrażaną przez rodziców w odpowiedzi na pytania „Ankiety dla Rodziców” nie różnicował matek; tak więc nie było różnic statystycznie istotnych ze względu na ocenę rehabilitacji jako zadowalającej (Zad), ambiwalentnej (Am) czy niezadowalającej (N) a poziomem ich depresyjności.

2. Co wnoszą do naszej wiedzy o stanie psychicznym słyszących matek dzieci głuchych – na przykładzie matek dzieci implantowanych – wyniki Testu Kolorów Lüschera (LCT)?

Testem Kolorów M. Lüschera przebadano wyłącznie matki dzieci z implantem ślimakowym (n=23). Zastosowanie powyższej techniki oceny stanu psychofizjologicznego badanych matek, ograniczającej udział różnych zmiennych zakłócających wyniki pomiarów kwestionariuszowych, jest jak najbardziej uzasadnione; w teście tym słowna jest wyłącznie instrukcja.

Okazało się, że u 90% matek ma miejsce frustracja jednej (68%) lub kilku sfer (32%) ważnych w funkcjonowaniu człowieka, które wyodrębnia M. Lüscher. Najczęściej obszarem emocjonalnie konfliktowym, napięciotwórczym jest u badanych w Teście matek sfera przynależności i poczucia bezpieczeństwa w bliskich związkach (kolor niebieski znajduje się na pozycji odrzucenia), sfera identyfikacji uczuciowej, zwłaszcza erotycznej z partnerem (kolor fioletowy jest na pozycji odrzucenia) oraz sfera aktywności, witalności, seksu (odrzućcie kolor czerwonego). Oznacza to także, że aktywność podejmowana przez badane matki ma w znacznym stopniu charakter kompensacji (tzw. kompensacji „normalnych” – [Lüscher 1998]).

Kompensacje obecne u matek, które w Kwestionariuszu Depresji Becka (BDI) znalazły się w którejś kategorii diagnostycznej sugerującej możliwość doświadczania depresji (n=7) przez matki, mają charakter szczególny – są to tzw. kompensacje „nadmiarowe” (na jednej z 4 pierwszych pozycji w preferencji 8 kolorów Lüschera znajduje się kolor czarny lub szary) – wyrażający się w uporczywości podejmowanych przez badane matki działań, negatywizmie wobec rzeczywistości czy jej zaprzeczaniu; można na tej podstawie sądzić, że aby poradzić sobie z lękiem, badane uruchamiają zdecydowanie bardziej pierwotne mechanizmy obronne, jak regresja czy wyparcie. Warto zaznaczyć w kontekście rozważań nad depresyjnością matek dzieci głuchych i słabo słyszących, że ani razu w grupie badanych matek nie wystąpiła sygnatura Lüscherowska wskazująca na silną depresję (kolor niebieski i czarny są preferowane w szeregu 8 kolorów, tj. znajdują się na 1 i 2 pozycji). Wyniki pokazują, jak na poziomie psychologicznym i wegetatywnym doświadczają matki depresji „łagodnej” (wg norm BDI A. T. Becka), jak i też, czego w rozumieniu systemu interpretacji Lüschera „jakościowo” doświadczają (należy rozpatrzyć uzyskane wyniki pod kątem innej niż depresja symptomatologii). Ciekawe, że u wszystkich badanych matek dzieci głuchych implantowanych, niezależnie od poziomu depresji w BDI, występujące kompensacje mają charakter „nadmiarowy”. Sugeruje to np., że być może matki te doświadczają stanu depresyjności, mimo że ich wynik BDI na to nie wskazuje. Co zresztą wówczas, gdy porównamy obie grupy matek (A) i (I), zbliża je liczbowo co do proporcji występowania u nich depresji.

W sferze opisującej oczekiwania badanych wobec przyszłości (np. wybory odcieni koloru żółtego) – przykładowa sygnatura Testu Kolorów Lüschera (LCT) – okazuje się, że matki dzieci głuchych badane tym testem cechuje w większości (63%) to, że z jednej strony „poszukują optymalnego wyjścia z sytuacji, ufają, że stosunki ułożą się łatwiej” (cytat z podręcznika LCT [Lüscher 1998]); z drugiej zaś strony należy pamiętać, że podejmowane przez nie działania w zakresie realizacji powyższych oczekiwań co do przyszłości mają charakter kompensacji, a więc służą redukcji lęku i napięcia i oznaczają w tym przypadku jednocześnie „wzmogłą potrzebę odciążenia, uwolnienia, jak i psychosomatyczne napięcie i niepokój” [Lüscher 1998].

VII. WNIOSKI

Depresja słyszących matek dzieci głuchych i słabo słyszących jest zjawiskiem, o którym z dużym prawdopodobieństwem można powiedzieć, że występuje w przybliżeniu u 1/3 badanych matek i przybiera najczęściej formę: depresji łagodnej, a nawet zdarza się, że o znaczącym klinicznie nasileniu (1 matka). Poziom depresji wyrażony średnią wyników BDI u tych matek wynosi 10 pkt i jest on wyższy od uzyskanego w cytowanych badaniach Domańskiej [Domańska 1996] i podobny w obu grupach matek: dzieci z aparatami słuchowymi klasycznymi (A) oraz dzieci z wszczepionymi implantami ślimakowymi (I). Oznacza to m.in., że rodzaj wzmocnienia posiadanych resztek słuchowych: aparat czy implant ślimakowy nie odgrywa roli jako czynnik uwikłany w doświadczanie depresji przez matki dzieci głuchych i słabo słyszących.

Opierając się na wynikach Testu Kolorów Lüschera (LCT) w odniesieniu do grupy matek dzieci implantowanych można sądzić, że u zdecydowanej większości matek dzieci głuchych i słabo słyszących ma miejsce charakterystyczna kompensacja „nadmiarowa”, która jest wynikiem frustracji doświadczanej przez matki głównie w trzech sferach, w języku M. Lüschera, a są to: sfera bliskich związków w relacjach interpersonalnych (partner, dziecko), identyfikacji uczuciowej z drugą osobą, w tym erotycznej, oraz sfera działania, witalności, seksu, energii.

Wyniki te, jak i dane z literatury przedmiotu [np. Zalewska 1998b] wyznaczają obszar dalszych poszukiwań pozwalających poznać mechanizmy psychiczne uruchamiane taką właściwością dziecka, jak głuchota lub inna niepełnosprawność i przeżyciami traumy.

Można powiedzieć, że u „przeciętnej” matki dziecka głuchego naturalnym niejako stanem jest doświadczanie łagodnej depresji. Taka matka wymaga zatem pomocy psychologicznej. Jest w sensie psychicznym „nie do końca” zdolna do podejmowania różnorodnych działań, w tym również rehabilitacyjnych.

Doświadczenie depresji ogranicza – przykładowo – jej dostępność emocjonalną w kontakcie ze sobą, a tym samym z własnym dzieckiem.

Depresja u matek dzieci głuchych i słabo słyszących zdaje się być zjawiskiem uniwersalnym i o podobnym nasileniu w różnych kategoriach wiekowych matek. Nasilenie depresji było w sposób istotny większy u matek z grupy dzieci głuchych implantowanych, w momencie badania mających powyżej 8 lat. Wykształceniu matek na poziomie podstawowym towarzyszą znacząco wyższe wyniki ich depresyjności w porównaniu z matkami dzieci głuchych i słabo słyszących z wykształceniem średnim i wyższym, co pozostaje z zgodności z amerykańskimi wynikami badań nad czynnikami ryzyka depresji u matek [Heneghan (i in.) 1998].

Warto zwrócić uwagę na konieczność szkolenia specjalistów: lekarzy, pedagogów, logopedów, rehabilitantów i innych, pracujących z dzieckiem głuchym i słabo słyszącym i jego rodziną w kierunku rozpoznawania symptomów depresyjnych, jak i „terapeutycznego” (to jest przynajmniej nie traumatyzującego!) i wspierającego kontaktu z osobą depresyjną, jaką może być słysząca matka dziecka głuchego i słabo słyszącego. W tym miejscu – dla lepszego uzmysłowienia powagi sytuacji i rodzaju błędów popełnianych przez lekarzy pierwszego kontaktu w diagnostyce zaburzeń depresyjnych – przytoczymy badania na ten temat relacjonowane przez Pużyńskiego [Pużyński 2000]. Należą do nich m. in.:

1. Nieodróżnianie depresji od zaburzeń lękowych.
2. Nieodróżnianie depresji od zaburzeń somatyzacyjnych (w warunkach polskich rozpoznawana jest „hipochondria”, „nerwica”).
3. Pomijanie depresji w przypadku zidentyfikowania uzależnienia od alkoholu, leków.
4. Traktowanie obserwowanych u chorego zaburzeń nastroju i zgłaszanych dolegliwości jako „normalnych” reakcji na wydarzenia życiowe.

Proces rehabilitacji dzieci głuchych i słabo słyszących, niezależnie od zastosowanego środka pozwalającego na wzmocnienie percepcji dźwięków, tj. aparatu słuchowego czy implantu ślimakowego, rozpoczynać należy od psychologicznej pomocy rodzicom dziecka. To matka, jak i matka i ojciec razem potrzebują przede wszystkim pomocy psychologicznej. Dzieje się tak niezależnie od przejawianej przez nich symptomatologii, a depresja jest jednym ze sposobów i psychologicznych konsekwencji doświadczania bycia matką czy ojcem dziecka głuchego lub słabo słyszącego, jak i dziecka z inną niepełnosprawnością.

Bibliografia

- Beck A. T. (1970). *Depression. Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Bielecki J. (1995). Próba oceny elementów trafności diagnostycznej Testu Luschera. W: *Studia z psychologii*, tom V. Warszawa: ATK.
- Blennerbassett L. (2000). *Psychological Assessment*. W: P. Hindley, N. Kitson (red.). *Mental Health and Dafness*, London and Philadelphia: Whurr Publishers, 185-206.
- Bratkiewicz A. (2000). Depresja bez depresji – o depresji maskowanej. „*Nowiny Psychologiczne*” 2, 53-70.
- Czabała J. C. (2000). Psychologiczna diagnoza zaburzeń psychicznych. W: J. Strelau (red.) *Psychologia. Podręcznik akademicki – Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej*. Gdańsk: GWP.
- Dudek D. i in. (2000). Zaburzenia depresyjne a jakość życia u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca. „*Psychiatria Polska*” 34, 1, 73-80.
- Dudek D. i in. (1999). Dzieci wobec depresji rodziców. Wyniki badań nad dorosłymi potomkami pacjentów depresyjnych. „*Psychiatria Polska*” 33, 4, 565-573.
- Domańska K. (1996). Głuchota dziecka a depresja matki. Niepublikowana praca magisterska napisana pod kierunkiem M. Zalewskiej, Warszawa: Wydział Psychologii UW.
- Freud Z. (1916/ 1992). Żaloba i melancholia. W: K. Walewska, J. Pawlik (red.), *Depresja. Ujęcie psychoanalityczne*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Gracka-Tomaszewska M. (2000). Reprezentacja dziecka często chorującego u jego matki. „*Nowiny Psychologiczne*” 1, 75-82.
- Heneghan A. M., Silver E. J., Bauman L. J., Westbrook L. E., Stein R. E. K. (1998). Depressive symptoms in inner-city mothers of young children: who is at risk? „*Pediatrics*” 102, 6, 1394-1400.
- Hindley P. (2000). *Child and adolescent psychiatry*. W: P. Hindley, N. Kitson (red.). *Mental Health and Dafness*. London-Philadelphia: Whurr Publishers, 42-74.
- Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne (2000): Kraków-Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius” i IPN.
- Leigh I. W. (1999). Parent bonding in clinically depressed deaf and hard of hearing adults. „*Journal of Deaf Studies and Deaf Education*” 4, 1, 28-36.
- Leśniak F. (1994). Perceptanaliza w perspektywie pozytywnej dezintegracji. Metoda Rorschacha dla zaawansowanych. Warszawa: Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej.
- Leśniak F. (1998). Materiały warsztatowe – Diagnostyka Kolorami M. Lüschera. Maszynopis powielany. Lublin: KUL.
- Lüscher M. (1998). Diagnostyka kolorami Maxa Lüschera [podręcznik]. Oprac. i tłum. z j. niem. K. Dąbowa, F. Leśniak. Warszawa: Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej.
- Lüscher M. (1997). *Self-Regulating Psychology*, skrócony zapis wykładu na dyskiecie.
- Lüscher M. (2000). Odpowiedź na list, rękopis.
- The Lüscher Color Test (1969). Oprac. i tłum. z jęz. niem. J. Scott. New York: Washington Square Press.
- Mathey S., Barnett B., Ungerer J., Waters B. (2000). Parental and maternal depressed mood during the transition to parenthood. „*Journal of Affective Disorders*” 60, 75-85.
- Mattie-Luksic M., Javornisky G., DiMario F. J. (2000). Assessment of stress in mothers of children with severe breath-holding spells. „*Pediatrics*” 106, 1, 1-5.
- Meadow-Orlans K. P. (1995). Sources of stress for mothers and fathers of deaf and hard of hearing children. „*American Annals of the Deaf*” 140, 352-357.

- Michelsen K. (2000). Tożsamość rodzicielska ojców dzieci z upośledzeniem a relacja małżeńska. Niepublikowana praca magisterska napisana pod kierunkiem M. Zalewskiej. Warszawa: Wydział Psychologii UW.
- Pacan P. i in. (2000). Ocena umiejętności rozpoznawania oraz leczenia zaburzeń depresyjnych i lękowych przez lekarzy pierwszego kontaktu. „Psychiatria Polska” 34, 1, 59-71.
- Pisula E. (1998). Psychologiczne problemy rodziców dzieci z zaburzeniami rozwoju. Warszawa: Wydawnictwa UW.
- Pressman L. J. (2000). Maternal sensitivity predicts expressive language gain in preschool children who are deaf and hard of hearing. „Journal of Deaf Studies and Deaf Education” (kopia artykułu przyjętego do druku).
- Pużyński S. (2000a). Zaburzenia depresyjne w praktyce ogólnolekarskiej, zwłaszcza w podstawowej opiece zdrowotnej. „Psychiatria Polska” 34, 1, 47-58.
- Pużyński S. (2000b). Zaburzenia depresyjne w podstawowej opiece zdrowotnej. W: S. Pużyński (red.). Zaburzenia depresyjne w praktyce lekarza rodzinnego. Warszawa: INP, 7-14.
- Pużyński S. (red.). (2000c). Zaburzenia depresyjne w praktyce lekarza rodzinnego. Warszawa: IPiN
- Rola J. (1996). Upośledzenie umysłowe jako czynnik ryzyka dla depresji dziecięcej. Warszawa: Wydawnictwo WSPS.
- Spencer P. E. (2000). Every opportunity. A case study of hearing parents and their deaf child. W: P. E. Spencer, C. J. Erting, M. Marschark (red.). The Deaf Child in the Family and at School. Essays in Honor of Kathryn P. Meadow-Orlans. Mahwah, New Jersey, London: Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 111-132.
- Stern D. N., Bruschweiler-Stern N. (1997). The Birth of a Mother. How the Motherhood Experience Changes You Forever. New York: Basic Books.
- Święcicki Ł. (2000). Depresje. Obraz kliniczny, klasyfikacje, przyczyny. W: S. Pużyński (red.). Zaburzenia depresyjne w praktyce lekarza rodzinnego. Warszawa: INP.
- Taylor L., Ingram R. E. (1999). Cognitive reactivity and depressotypic information processing in children of depressed mothers. „Journal of Abnormal Psychology” 108, 2, 202-210.
- Tyra T. L. (1999). Melancholia rodzinna. Białystok: Trans Humana Wydawnictwo Uniwersyteckie.
- Walewska K. (1992). Człowiek pozbawiony. W: Problemy współczesnej psychoanalizy. M. Sokolik (red.). Warszawa: Wydawnictwa UW.
- Walewska K., Pawlik J. (red.). (1992). Depresja. Ujęcie psychoanalityczne. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Whisman M. A. (2000). Factor structure of the Beck Depression Inventory – second edition (BDI II) in a student sample. „Journal of Clinical Psychology” 56, 4, 545-551.
- Viglione D. J., Perry W. (1991). A general model for psychological assessment and psychopathology applied to depression. „British Journal of Projective Psychology” 36, 1, 1-16.
- Zaczyńska M. (1999). Tożsamość ojcowska ojców dzieci głuchych. Niepublikowana praca magisterska napisana pod kierunkiem M. Zalewskiej. Warszawa: Wydział Psychologii UW.
- Zalewska M. (1998a). Dziecko w autoportrecie z zamalowaną twarzą. Psychiczne mechanizmy zaburzeń rozwoju tożsamości dziecka głuchego i dziecka z opóźnionym rozwojem mowy. Warszawa: J. Santorski & CO Wydawnictwo.
- Zalewska M. (1998b). Psychologiczne aspekty stwierdzenia głuchoty u dziecka. W: J. Rola (red.). Wybrane problemy psychologicznej diagnozy zaburzeń rozwoju dzieci. Warszawa: Wydawnictwo WSPS.
- Zięba A. i in. (1997). Relacje w rodzinach generacyjnych pacjentów depresyjnych. „Psychiatria Polska” 31, 4, 465-470.