

Užívání návykových látek mezi lidmi se sluchovým postižením – psychologické determinanty: přehledová studie



POSTRÁNECKÁ, Z., ČABLOVÁ, L.,

Klínika adiktologie, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

Citace: Postránecká, Z., Čablová, L. (2016). Užívání návykových látek mezi lidmi se sluchovým postižením – psychologické determinanty: přehledová studie. *Adiktologie*, 16(3), 257–267.

SOUHRN: Práce se zabývá vlivem sluchového postižení na vývoj člověka a jeho postavení ve společnosti v kontextu rizikových životních situací vzhledem k užívání návykových látek. Na výskyt užívání návykových látek u lidí se sluchovým postižením může mít značný vliv komunikační insuficience, sociální izolace, problémy s identifikací, vysoká míra viktimizace u násilných a mravnostních trestních činů, nedostatek informací o návykových látkách, šikana a diskriminace a vysokoprahovost služeb orientovaných na prevenci a léčbu závislostí pro tuto skupinu lidí. Rešerše zahrnuje dosavadní výzkumy, které se zaměřují na užívání návykových látek mezi lidmi se sluchovým postižením, a poskytuje tak aktuální údaje o prevalenci užívání návykových látek v této populaci. Přehledová studie popisuje výše zmíněné sociální jevy v kontextu vybraných vývojových teorií a současně naznačuje souvislosti s výskytem vývojové psychopatologie a jednotlivými teoriemi vzniku a rozvoje závislosti. Zjištěné poznatky by mohly pomoci k efektivnější koncepci služeb a přístupu k lidem se sluchovým postižením v prevenci a léčbě závislostního chování.

KLÍČOVÁ SLOVA: SLUCHOVÉ POSTIŽENÍ – TEORIE ZÁVISLOSTI – PSYCHOLOGICKÉ DETERMINANTY – VÝVOJOVÁ PSYCHOLOGIE – SLUŽBY PRO UŽIVATELE NÁVYKOVÝCH LÁTEK

Došlo do redakce: 9 / DUBEN / 2015

Přijato k tisku: 25 / SRPEN / 2016

Grantová podpora: Vznik tohoto článku byl umožněn v rámci institucionální podpory v programu PRVOUK-P03/LF1/9.

Korespondenční adresa: Mgr. Zuzana Postránecká / postraneckaz@seznam.cz / Na Kolečném statku 373/5, 140 00, Praha 4

● 1 ÚVOD

V obecné populaci můžeme rozlišovat různé skupiny osob, které mohou být více či méně vulnerabilní k užívání návykových látek vzhledem k věku, rase, sociálnímu statusu, životnímu stylu, životním podmínkám či náboženství. Mezi osoby zvýšeně vulnerabilní patří také osoby s různým typem zdravotního postižení, které v důsledku zdravotních, sociálních, ekonomických či psychologických komplikací mohou mít větší afinitu k užívání návykových látek. Jednu z těchto skupin tvoří i jedinci se sluchovým postižením. Sluchové postižení je považováno za jedno z nejzávažnějších senzitivních postižení vzhledem k sekundárním dopadům hluchoty či nedoslýchavosti na emoční, psychologický i sociální vývoj jedince. V přehledové studii se budeme věnovat dopadu sluchového postižení na psycho-sociální vývoj jedince a vulnerabilitu sluchově postižených k užívání návykových látek.

Míra odlišnosti v psychologické oblasti závisí na závažnosti a době vzniku sluchového postižení, včasnosti diagnostikování sluchové vady a na specializované komplexní péči, která je prevencí různých odchylek. Ačkoliv dostupné výzkumy předpokládají častý výskyt duševních poruch u dospělých neslyšících a výskyt emočních poruch a poruch chování u neslyšících dětí přibližně dvakrát častěji než u slyšících dětí (Fellinger et al., 2009; Kvam et al., 2007; Stevenson et al., 2011), je možné, že odbouráním jedné ze stěžejních příčin vzniku psychických poruch u sluchově postižených, tedy komunikační bariéry, se prevalence psychopatologie u neslyšících stane srovnatelnou s obecnou populací. Zatím nejpřesvědčivější studií na toto téma je finská studie Sinnkonena (1994). Finským dětem je v rámci celonárodní strategie poskytována bilingvální výuka finského znakového jazyka a verbální finštiny a jejich rodičům je poskytována vysoká podpora ve vytvoření efektivní komunikace finským znakovým jazykem. Tato studie zjistila, že finské sluchově postižené děti mají stejnou prevalenci psychických poruch jako jejich slyšící vrstevníci. Nicméně tyto výsledky zatím nebyly potvrzeny žádným dalším výzkumem.

Z nedávné studie (Landsberger & Diaz, 2010) vyplývá, že výsledky neslyšících a slyšících psychiatrických rezidentů se výrazně liší. Tyto rozdíly se dají pozorovat v případech nutkavých a impulzivních poruch (např. gambling, kleptomanie, pyromanie), kde neslyšící skórují v 23 % oproti 2 % slyšících rezidentů, poruch učení a pervazivních vývojových poruch (43 % vs. 3 %), a naopak mají sníženou prevalenci u osobnostních poruch (17 % vs. 43 %). Ačkoliv doposud nejsou dostupná data o výskytu poruch chování s počátkem v dětství nebo dospívání u dospělých neslyšících, výsledky studií ukazují na přímou spojitost mezi výskytem impulzivního chování a mírou dovedností verbálního projevu (Stevenson et al., 2010). Podle následujících výzkumů je u neslyšící populace také častější výskyt psychotických sympto-

mů než v obecné populaci (Stefanis et al., 2006; Landsberger, Diaz, 2011).

Přítěžující okolností v diagnostice psychických poruch u neslyšících je výrazně omezená slovní zásoba u emočních témat, omezené chápání a rozpoznání emocí a schopnost regulace emocí (Gray et al., 2003). Neslyšící děti dále vykazují mezery ve vývoji osobnosti a schopnosti předvídat reakce okolí. Omezené komunikační schopnosti mají přímý vliv na rozvoj kognitivních procesů, čímž ovlivňují také sociální rozvoj a dovednosti. Vzhledem k chaotickému pronikání informací bez doprovodných informací a zvukového pozadí, které dokreslují stávající situaci, děti nechápují motivy jednání svého okolí a neorientují se v mezilidských vztazích. Tyto deficity predisponují sluchově postižené děti ke vzniku psychických poruch a zároveň omezují schopnosti dítěte se s tímto problémem vypořádat.

● 2 PROBLÉMY V KOMUNIKACI SLUCHOVĚ POSTIŽENÝCH

Řeč se u slyšícího dítěte vytváří spontánně – odposlechem sebe sama a svého okolí. Nicméně k tomu, aby se řeč u dítěte spontánně vyvinula, je zapotřebí určité úrovně mentálního a tělesného zdraví a vhodných vnějších stimulů – jazykových vzorů. Jednou z příčin zabrzdění přirozeného vývoje je ztráta nebo významné omezení sluchu. Důsledkem hluchoty či těžké nedoslýchavosti dítě nemůže absorbovat jazykové vzory sluchem, a je tedy odkázáno pouze na vizuální aspekt řeči. K tomu, aby člověk byl schopný funkčně odezírat, potřebuje nicméně daná slova znát, a to nejen vizuální podobu slov při odezírání, ale i jejich významovou složku. I sebelepší neslyšící tlumočník by stěží dokázal tlumočit sdělení v řeči, kterou neovládá.

Odezírání je výrazně náročnější, než komunikace ve znakovém jazyce, která je také založena na vizualizaci, ale je transparentnější. Některé hlásky se od sebe odlišují jen odlišnými pohybem jazyka při stejném pohybu úst. Tyto hlásky pak není možné od sebe rozpoznat. Schopnost odezírat je podle Hrubého (1997) závislá také na vrozených vlohách a technických okolnostech, jako jsou světelné podmínky prostoru, vzdálenost od řečníka, rychlost a preciznost jeho výslovnosti, orientace jeho mluvidel v prostoru vzhledem k odezírajícímu nebo specifika řečníka, která mohou ztížit odezírání (jako je například plnovous). Schopnost odezírat se také snižuje spolu s únavou odezírajícího. Podle Rendona (1992) obecně nelze v komunikaci dvou lidí odezřít více než 26 % sdělení. Vlivem nepřesného odezírání navíc může velmi snadno stát, že neslyšící člověk nesprávně pochopí význam sdělení, aniž by si toho byl vědom, neboť je přesvědčen o tom, že sdělení odezřel správně.

Sluchově postižení jsou opakovaně vystavováni frustracím z neúspěšné komunikace se slyšícím okolím, a pokud se jim nepodaří nalézt uspokojivý způsob komunikace s okolím, bývají často izolováni jak od slyšící, tak neslyšící popu-

lace. Zcela neslyšící dítě nikdy nemůže být schopno odezřít celou konverzaci, a to i v případě dostatečné slovní zásoby, a málokteré skutečně neslyšící dítě se naučí srozumitelně mluvit. Pokud tedy v tomto případě není dítě učeno znakovému jazyku, je pravděpodobné, že bude v budoucnu selhávat v komunikaci jak se slyšícími, tak sluchově postiženými a zůstává v tzv. „bezjazyčí“. Podle průzkumu z psychiatrické kliniky v Severní Americe se celých 75 % neslyšících rezidentů nedokázalo plynně domluvit verbálně ani znakováním (Black & Glickman, 2006). Opakované neúspěchy v komunikaci mohou vést k uzavírání se do sebe, vyhýbání se kontaktu s lidmi, pocitům nepochopení a opuštěnosti.

Stěžejní dopady na vývoj člověka a jeho duševní zdraví má komunikace v primární rodině. U dětí, které nejsou schopné se dorozumět ve své primární rodině, je pravděpodobnost vzniku psychické poruchy až čtyřnásobná oproti dětem, které se úspěšně se svou rodinou dorozumívají, a hrozí jim častěji šikana ve školním prostředí (Fellinger et al., 2009). Nicméně až 90 % sluchově postižených dětí se narodí do slyšících rodin (Guthmann & Graham, 2004) a podle Titus (2003) celých 71 % rodinných příslušníků v rodinách, kde se vyskytuje neslyšící, neumí komunikovat ve znakovém jazyce. Slyšící rodiče neslyšícího dítěte jsou postaveni před volbu, zda budou své dítě učit pouze verbálnímu projevu a odezírání, anebo jej i sebe začnou učit znakovému jazyku a poskytnou tak dítěti veškeré možné výrazové prostředky, které by mohlo potřebovat. Přičemž se ukazuje, že dítě, které je od raného dětství učeno totální komunikaci, tedy kombinaci mluveného slova s vizualizačními technikami, jako je znakový jazyk, znakovaná čeština, prstová abeceda a jiné, si v budoucnu i lépe osvojuje verbální způsob komunikace (Dunst et al., 2011). Rozdílná situace nastává v případě neslyšících dětí neslyšících rodičů. Ti zpravidla sluchové postižení dítěte zjistí mnohem dříve a senzitivní deprivaci mu vynahrazují častějšími vizuálními a taktilními vjemy. Samozřejmostí je pak komunikace ve znakovém jazyce od raného dětství a s tím spojené usnadnění komunikace a porozumění mezi rodiči a dětmi.

● 3 ŠIKANA A DISKRIMINACE

Postavení sluchově postižených ve společnosti je určováno především znalostmi obecné populace o sluchovém postižení a postoji, které si na základě těchto (ne)znalostí vytvoří, možnostmi vzdělávání, pracovního uplatnění a také postojem samotných sluchově postižených, který zaujmou ke své sluchové vadě (ten je utvářen také rodiči a dosavadními zkušenostmi neslyšícího či nedoslýchavého v kontaktu s okolní společností). Vzhledem k tomu, že jsou neslyšící ve společnosti minoritou, a to jak z medicínského hlediska, tak z hlediska antropologického, vyskytují se v jejich životech situace, které jim fungování ve společnosti výrazně ztěžují.

V dnešní době převládají v České republice dva hlavní směry vzdělávání osob se sluchovým postižením. S ohledem

na rozsah sluchové ztráty, schopnost komunikace a osobnostní dispozice, lze umístit sluchově postižené dítě do školy, která je určená obecné populaci (integrace), nebo do některé ze škol pro sluchově postižené, které jsou zřizovány jako internátní. Pokud je dítě integrováno, hrozí mu šikana či sociální vyčlenění vzhledem k jinakosti, kterou sluchové postižení dítěte vytváří, a obtížné komunikaci s vrstevníky. Podle Weinera et al. (2013) zažívají šikanování ve školách žáci a studenti se sluchovým postižením 2–3krát častěji než jejich slyšící vrstevníci.

V prostředí škol pro sluchově postižené se setkáváme jak se šikanou mezi žáky a studenty, tak bohužel i se šikanou ze strany vychovatelů či učitelů. Podle Vysučka (2002), který je sám neslyšící, je šikanování ze strany pedagogů i v dnešní době velkým problémem. Vysvětlením nám zde může být především představa autorit (která je však bohužel často i skutečností), že se neslyšící či nedoslýchavé děti nebudou schopné díky komunikačním nedostatkům dovolat pomoci. Často se tak také stává v případech dětí, které jsou umístěné na internátech, a nemají tudíž pravidelný kontakt s rodiči.

Šikanu mezi žáky ve specializovaných školách pro sluchově postižené si lze vysvětlit citovou deprivací (část dětí vyrůstá v internátních zařízeních; problémová komunikace v rodině) a vysokou viktimizací u mravnostních a násilných trestných činů v dětství (používání násilí je naučeným chováním či obranným mechanismem – přemístěním). Zvláštním typem šikany je pak šikana v rámci internátního zařízení. Podle Koláře (2005) se nejkrutější formy šikany vyskytují na místech, kde je oběť nucena žít společně s agresory a kde je uplatňován tvrdý hierarchicko-autoritativní přístup s důrazem na tuhou vnější kázeň.

Podle Koláře (2005) způsobuje jakákoli forma dlouhodobé šikany psychickou deprivaci dítěte. I mírné šikanování často způsobuje poruchy sebehodnocení, narušené, negativní sebepojetí, celkovou nejistotu a stále přítomný strach. Autor dále uvádí, že následky i lehké formy šikany mohou zanechat bolestivé stopy nebo opouzdřené rány, které se u oběti později manifestují formou neurotických přenosových schémat, psychosomatických potíží, apod. U obětí šikany se často můžeme setkat s celoživotními následky ve formě úzkosti, depresivního ladění a vysoké vztahovachnosti. Pokud šikana doroste takových rozměrů, že má dítě dlouhodobě obavy z fyzické likvidace nebo vážného fyzického či emočního utrpení, mohou psychické problémy vyústit v posttraumatickou stresovou poruchu. Krom přímých dopadů šikany na duševní zdraví jedince, se můžeme obávat také ztráty důvěry člověka v okolní svět: „U obětí i svědků vede šikanování k nedůvěře k autoritám a ztrátě iluzí o společnosti, která by každému člověku měla poskytnout ochranu proti jakékoli formě násilí. Tito lidé se v mládí „naučí“, že nikdo není schopen zajistit ochranu a bezpečnost slabým a bezbranným, a tudíž nemá vlastně cenu proti bezpráví ně-

co dělat“ (Kolář, 2005, p. 255). Výrazná nedůvěra vůči okolí je častým jevem mezi neslyšícími a nedoslýchavými, a to jak v kontaktu se slyšící společností, tak i v komunitě neslyšících.

S diskriminací se sluchově postižení setkávají často i v oblasti uplatnění na trhu práce, a to především díky předsudkům a neinformovanosti obecné populace. Podle Štěpánkové potencionální zaměstnavatelé nebývají informováni o možnostech zaměstnávání zdravotně postižených osob, včetně nezbytných hrazených úprav pracoviště, kompenzačních pomůcek a využití zákonných opatření na podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením (Štěpánková, 2012). Podle Langera (2004) je mezi lidmi se sluchovým postižením vyšší procento nezaměstnanosti (až jedna třetina sluchově postižených nemá zaměstnání), zastávají nižší pracovní pozice a dostávají nižší platy. Dlouhodobá nezaměstnanost pak může vést k úzkosti, depresi, psychosomatickým symptomům a snížení sebeúcty.

● 4 VIKTIMIZACE

Sluchově postižení lidé jsou vysoce viktimizováni v případech sexuálního zneužívání v dětství, sexuálního napadení v dospělosti, domácího násilí, týrání a zanedbávání. Podle Edwardse et al. (2005) je přes 40 % neslyšících a nedoslýchavých dětí obětí fyzického týrání a přes 25 % je zanedbávaných. Podle Sullivena a Knutsona (2000) je u postižených dětí 3,4krát větší pravděpodobnost, že se stanou obětí zanedbávání, fyzického či psychického týrání či sexuálního zneužívání než děti, které nemají žádné postižení.

Studie prováděná v Norsku (Kvam, 2004) na vzorku 431 neslyšících ukazuje, že neslyšící ženy zažily sexuální zneužívání s fyzickým kontaktem více než dvakrát častěji než ženy bez sluchového postižení (39,6 % neslyšících, 19,2 % slyšících) a neslyšící muži více než třikrát častěji než muži slyšící (32,8 % neslyšících, 9,6 % slyšících). Rozdílná prevalence mezi skupinou neslyšících a slyšících se ukazuje také v případě závažnosti sexuálního zneužití. Zatímco 24,9 % neslyšících žen a 14,4 % neslyšících mužů mělo v rámci sexuálního zneužití v dětství či dospívání pohlavní styk (věková kohorta do 18 let), v intaktní populaci se tak stalo v případě 7,5 % žen a 3,3 % mužů. Sullivan et al. (2000) zjistili sexuální zneužití až u 50 % sluchově postižených dětí, které navštěvovaly internátní školy. Vyšší viktimizaci dětí, které navštěvují internátní školy, zjistila i výše zmíněná norská studie, která zaznamenala sexuální zneužití u 50,9 % internátních dětí, přestože některé z nich žily s rodiči.

Odhaduje se, že 83 % žen s postižením bude v průběhu svého života sexuálně napadeno (Stimpson & Best, 1991). Podle výzkumu Younga et al. (1997) existují důkazy o tom, že ženy s postižením jsou zneužívány větším množstvím pachatelů a po delší časový úsek než ženy bez postižení. Výzkum dále ukazuje, že 49 % postižených žen, které zažily se-

xuální napadení, bylo napadeno desetkrát a vícekrát (Valenti-Heim & Schwartz, 1995). Ve výzkumu z roku 2002, který tvořily dvě ohniskové skupiny neslyšících a nedoslýchavých žen, se ukázalo, že neslyšící ženy vnímají služby, které jsou určené pro intaktní populaci, jako nedostupné. Zároveň vypověděly, že se nelze bezvýhradně spolehnout na podporu komunity neslyšících, pokud je pachatel také neslyšící. Využití služeb tlumočnicka je v tomto případě vnímáno jako narušení soukromí a sdílení nejintimnějších detailních informací o jejich životě s cizincem, o kterém ani nemožou vědět, zda zvládne správně interpretovat jejich slova i prožitky (Sadusky & Obinna, 2012). Nedostatek informací z oblasti sexuální výchovy v komunitě neslyšících, nejasné pojetí legality a nelegality jednání v této oblasti a omezené možnosti získání těchto informací činí tuto skupinu obyvatel ještě více zranitelnou.

Následující výzkum se zaměřil v oblasti násilí v partnerských vztazích na nejvíce viktimizovanou věkovou a sociální skupinu – vysokoškolské studentky. Tato studie ukazuje, že prevalence psychického, fyzického a sexuálního násilí v partnerském vztahu je u neslyšících vysokoškolských studentek dvojnásobná oproti kohortě studentek bez sluchového postižení (Anderson & Kobek, 2011). Výzkum Andersonové a Kobek ukazuje, že prevalence násilí ve vztazích je v případě neslyšících studentek vysoká. 87,5 % zkoumaných žen si v průběhu předchozího roku prožilo alespoň jednu z forem psychické agrese, 39,6 % žen bylo fyzicky napadeno svým partnerem, 19,6 % žen bylo při napadení zraněno a 56,7 % zažilo v předchozím roce sexuální nátlak ze strany partnera.

● 5 UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK MEZI SLUCHOVĚ POSTIŽENÝMI

O vzorcích užívání návykových látek mezi sluchově postiženými toho celkově nevíme mnoho. Jedním z důvodů je nejednotná definice hluchoty a nedoslýchavosti a z toho plynoucí omezené možnosti spočítat celkovou populaci sluchově postižených, nedostatek institucí, které by se věnovaly problematice užívání návykových látek mezi sluchově postiženými a v neposlední řadě nízká schopnost určení problémů s návykovými látkami mezi sluchově postiženými lidmi díky komunikační bariéře a nedostatku informací o problémech spojených s návykovými látkami v komunitě neslyšících. Výzkumy omezuje také komunikační bariéra, nedůvěra sluchově postižených vůči slyšícím výzkumníkům, hrozba dvojího stigmatu (sluchové postižení a závislost) a všeobecně obtížnost kontaktování neslyšící populace a z toho plynoucí malý počet respondentů. Odhady o výskytu užívání návykových látek mezi sluchově postiženými se tak v minulosti opíraly spíše o dedukci nebo byly tvořeny na základě výzkumu s malým vzorkem respondentů. Tyto výzkumy nicméně odhadují minimálně stejnou prevalenci užívání návykových látek mezi sluchově postiženými jako

v obecné populaci (McCrone, 1994; Kearns, 1989; Postránecká, 2012).

K situaci v České republice se vyjádřil Vymětal, podle kterého je sluchově postižená mládež zvýšeně ohrožená drogovou závislostí vzhledem k jejich zvýšené důvěřivosti, snadné ovlivnitelnosti, narušeným rodinným vztahům, sníženým nárokům na samostatné rozhodování, pocitu smyslového ochuzení a možné dezinformovanosti o drogové problematice (Vymětal, 2000). Dotazníková exploračně-korelační sonda, která proběhla v České republice mezi sluchově postiženými (Postránecká, 2012), ukázala úměrnou až vyšší míru užívání návykových látek v porovnání s obecnou populací u všech typů zkoumaných návykových látek.

Nedávná studie porovnávala užívání návykových látek, behaviorální a psychologickou složku závislosti mezi sluchově postiženými a intaktními klienty, kteří nastoupili léčbu závislosti. Neslyšící klienti vykazovali srovnatelnou míru užívání marihuany a alkoholu. Nicméně v porovnání s obecnou populací vykazovali neslyšící rizikovější způsoby chování jako nižší věk prvního užití, užívání kokainu, závislost a abstinenci příznaky. Neslyšící skórovali častěji také u depresí, sebevražedných myšlenek, úzkostí, traumat a výskytu ADHD (Titus, 2010). Nižší věk iniciace užívání návykových látek u sluchově postižených může souviset také s vysokou mírou viktimizace u sexuálních trestných činů v dětství a dospívání. Podle některých výzkumů začínají mladiství, kteří mají v anamnéze sexuální zneužívání, užívat návykové látky signifikantně dříve, než mladiství, kteří nikdy zneužívání nebyli (Cavaiola & Schiff, 2000; Hawke et al., 2000).

● 6 TRAUMA A ZÁVISLOST

Psychickým traumatem se rozumí odpověď organismu člověka na zážitek, který mu způsobil bolest nebo úzkost takového rozměru, že ji běžnými obrannými mechanismy není schopen zpracovat. V případě zapojení nezralých obranných mechanismů (u PTSD se jedná zejména o disociaci), vznikají afektivní a neurotické duševní poruchy. Těmito traumatickými událostmi jsou například sexuální zneužívání, fyzické týrání či zanedbávání v dětství, fyzické napadení, znásilnění, závažná nehoda, válečné události či přírodní katastrofy. Podle Kalscheda (2011) však může být psychické trauma důsledkem i závažné citové deprivace v dětství. Tato traumata pak mohou vyústit v posttraumatickou stresovou poruchu.

Podle Kudrleho (2003) je jednou z reakcí na prožité trauma narušený vztah k lidem i k sobě samému, s čímž se ztotožňují i Vizinová & Preiss (1999), podle kterých se setkání s lidskou krutostí a brutalitou odráží v transformaci základní důvěry v člověka, dobra a smysluplnosti okolního světa a prožitá bezmocnost a narušení osobní integrity mohou způsobit výrazný zásah do psychiky oběti (Vizinová & Preiss, 1999). Kudrle dále popisuje, jakožto následek tohoto

narušeného vztahu k sobě samému i svému tělu, destruktivní jednání jako sebepoškozování, užívání návykových látek či prostituci, čímž dochází k retraumatizaci jedince. „V dospívání se normální integrativní funkce ega oslabují a obrany vůči traumatu, které se vynořuje k povrchu, hrozí úplným selháním. Pro přežití je pak nezbytné vzpomínku na trauma potlačit ještě důkladněji. Každé chování, které vyúsťuje ve stres, má takový účinek. Přehrávání proto začíná hrát stále významnější roli. K posílení disociace jsou důležité psychoaktivní látky – tzv. chemická disociace. Drogy, alkohol a gambling umrtvují emoce, facilitují potlačování emocí, jindy mění emoce a uvolňují ty, které by jinak zůstaly skryté (agrese). Zastavují flashbacky a noční můry a mění deprese v netečnost. Bezmoc ustupuje a (falešný) pocit kontroly začíná převládat. Závislý život je naplněn stresovými událostmi a vzrušením a trvale vysoká úroveň stresu znečitlivuje emoce. Obojí, jak drogy, tak závislý způsob života, tedy přispívají k nezbytnému potlačování posttraumatického syndromu“ (Kudrle, 2003, p. 130).

Vzhledem k vysoké viktimizaci a citové deprivaci je psychické trauma u sluchově postižených závažným tématem, které může vyústit v závislost. U sluchově postižených také často dochází k tomu, že se díky komunikačním bariérám či nedůvěře s prožitým traumatem nikomu nesvěří, a zároveň jsou, častěji než lidé bez sluchového postižení, traumatizováni členy rodiny (Sullivan & Knutson, 2000), což ještě výrazněji narušuje jejich důvěru v okolní svět. Podle výzkumu Titus skoro 49 % neslyšících ze zkoumaného vzorku 111 respondentů, kteří nastoupili léčbu závislosti a zároveň zažili sexuální zneužití, o této události nikdy nikomu neřeklo a 10,8 % respondentů se se svým traumatem pokoušelo někomu svěřit, ale nebylo jim uvěřeno (Titus, 2010). Podle Fonagy a Target zlehčování zneužití a jeho nerozřešení předpovídalo kriminální chování a užívání tvrdých drog u vysoce rizikového vzorku. Existuje předpoklad, že negující stav mysli může být spojován s antisociální poruchou osobnosti, poruchami příjmu potravy, zneužíváním látek a látkovou závislostí a že zahlcené stavy mysli se pojí s poruchami, v nichž jde o pohroužení do vlastních pocitů, jako je deprese, úzkost a hraniční porucha osobnosti (Fonagy & Target, 2005). Výzkumy ukazují, že uživatelé návykových látek mají prožitek psychického traumatu v anamnéze velice často. Podle výzkumu Titus (2010) se ukazuje, že neslyšící v léčbě závislosti se s následky traumatu potýkají ještě častěji.

● 7 DUÁLNÍ DIAGNÓZY

Duální diagnózou se označuje stav, kdy postižený trpí zároveň probíhající psychickou poruchou a návykovou nemocí. Symptomy těchto dvou jevů se zpravidla velmi úzce prolínají a překrývají, což zhoršuje diagnostiku jak závislostního problému, tak psychologické komorbidity. Podle Nešpora (2003) můžeme o vztahu těchto dvou nemocí uvažovat ve

smyslu vzájemného podmiňování, kdy duševní porucha vede ke vzniku závislosti nebo závislost ke vzniku duševní poruchy, či vzájemného ovlivňování, kdy tyto dvě nemoci interagují v čase a navzájem se ovlivňují. Obecně se mezi klienty léčby závislostních poruch vyskytují duální diagnózy velmi často a u některých duševních poruch se se závislostními problémy klienta setkáváme častěji než v obecné populaci. Podle Nešpora se to týká především depresivních poruch, poruch osobnosti, poruch příjmu potravy, sociální fobie, PTSD a patologického hráčství. Kalina v nedávné studii zaměřené na výskyt duálních diagnóz mezi drogovou klientelou, udává vysokou míru variability výsledků dosavadních studií s mediánem výskytu duálních diagnóz u přibližně 30–50 % klientů léčených v adiktologických zařízeních (Kalina & Vácha, 2013).

Vzhledem k problémové komunikaci v primární rodině i ve společnosti, častému vystavování frustracím a stresu, vysoké viktimizaci k sexuálním trestným činům, týrání, zanedbávání i šikaně, citové deprivaci, obtížnému hledání vlastní identity a svého místa ve společnosti, jsou neslyšící a nedoslýchaví zvýšeně ohroženi vznikem psychických poruch v dětství, dospívání i dospělosti. Často omezená schopnost komunikace je dále omezuje v možnostech tyto problémy řešit, čímž se psychická nestabilita může dále prohlubovat. Z dosavadních výzkumů vyplývá, že se u neslyšících setkáváme s vyšší incidencí psychických poruch, než je tomu v obecné populaci, a to především u neuróz, afektivních poruch, impulzivních poruch a poruch chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a dospívání. Porovnání výsledků sluchově postižených a intaktních klientů v léčbě závislostí nám poskytuje opět Titus (2010). V jejím vzorku je výskyt psychických poruch u sluchově postižených v léčbě závislostí vyšší u všech měřených proměnných. Jistou spojitost mezi užíváním návykových látek u lidí s psychickou poruchou nám, za předpokladu kauzality a dřívější manifestace psychické poruchy a až následném užívání návykové látky, poskytuje teorie sebemedikace a s ní související nalezení ideální návykové látky. Teorie pracuje s předpokladem, že člověk se užitím návykové látky pokouší dosáhnout stavu kontroly či normality.

● 8 PSYCHOANALYTICKÉ TEORIE ROZVOJE A UDRŽOVÁNÍ ZÁVISLOSTI

Vzhledem k častému skloňování pojmů *problémového vývoje* sluchově postižených byly v této studii zohledněny vybrané vývojové teorie, ve kterých lze popsat problematiku sluchového postižení a její možné dopady na psychický vývoj jedince a zároveň jsou úzce spjaty s psychoanalytickými teoriemi závislostních poruch. Zde se budeme zaměřovat především na to, jaký vliv mohou mít poruchy objektních vztahů a deficitního zpracování konfliktů vývojových stadií (podle Eriksona) na vznik a udržování závislosti, neboť se jedná o témata, která jsou úzce provázaná s problematikou

sluchového postižení. Zajímavou paralelu pak představuje srovnání konfliktů Jeřábkovy „disponované osobnosti“ s konflikty, které mohou vznikat v důsledku komunikačních a sociálních bariér u sluchově postižených (Jeřábek, 2008).

● 9 KONFLIKTNÍ ZPRACOVÁNÍ VÝVOJOVÝCH ÚKOLŮ PODLE ERIKSONA

Podle Kaliny (2013) může být závislostní chování důsledkem nevyřešených konfliktů identita versus chaos („droga jako prostředek dosahování falešné identity a obrany před chaosem“) a intimita versus izolace („droga jako obrana před intimitou, resp. jako prostředek dosahování pseudointimity“) s tím, že neuspokojivé řešení předchozích vývojových stadií proces řešení těchto krizí komplikuje. Podle Hajného (2003) období separace-individuace testuje úspěšně zvládnutí předchozích stadií. Lze říci, že se jedná o zatěžkávací zkoušku dosud vybudované osobnosti. Tuto myšlenku podporuje teorie Jeřábka (2008), který tvrdí, že za klíčovou determinantu adiktologicky rizikového vývoje lze považovat nenaplnění nejčasnějších vývojových stadií.

Podle Eriksona jsou dosažení ego identity a schopnosti dosažení intimity hlavní, vzájemně propojené úkoly pozdní adolescence. Tvorba identity zahrnuje identifikaci se skupinami i jednotlivci, rodiči, širší rodinou, sociální skupinou i oblastí, ve které člověk žije. To může být složité obzvláště u neslyšících, kteří neměli možnost si v dětství osvojit znakový jazyk, a jejich sluchová vada je výrazně odděluje od slyšící společnosti, a tudíž se obtížně integrují do obou těchto skupin. Další rizikovou skupinou jsou neslyšící, kteří sice komunikují znakovým jazykem velmi dobře, ale nechťejí být součástí komunity neslyšících, nicméně jejich sluchová vada jim bezproblémové začlenění mezi intaktní populaci neumožňuje. Podle Kratochvílové (2009) je zvýšené riziko problémového vytváření identity zejména v rodinách, kde sluchová vada dítěte nebyla rodiči přijata a nebyla navázána uspokojivá komunikace. Dále pak v případě integrace neslyšícího dítěte do školy pro obecnou populaci, kde se v případě nezkušenosti a nízké informovanosti instituce o problematice sluchového postižení může stát, že potřeby neslyšícího žáka nebudou dostatečně saturovány.

K problémům s dosažením identity může dojít i v případě zvýšené závislosti sluchově postiženého dospívajícího na pomoci rodičů. To se stává především v rodinách, kde je sluchově postižené dítě vnímáno jako méně schopné: „Pokud nejbližší okolí vnímá dítě za postižené, bezbranného chudáčka, bude s ním také jednat jako s méně schopným, závislým člověkem, kterého je potřeba více chránit a pomáhat mu. Tímto se vytváří submisivní postavení dítěte vůči okolí. (...) Často zcela zbytečně dochází k nadměrné závislosti a nesamostatnosti i v dospělém věku. Tuto situaci často ještě zhoršuje příliš ochranný postoj rodiny. Člověk se tak uzavírá do „chráněného prostředí“, kde se sice cítí bez-

pečně, nic ho tam nemůže zranit, avšak mohou mu chybět kontakty s okolím, může se cítit osamělý a jakoby se schovával před realitou. Nemá dost sociálních dovedností, takže se nedokáže prosadit, uplatnit své schopnosti“ (Kratochvilová, 2009, p. 22). Tento stav se může výrazně střetávat se separačními tendencemi adolescenta, které jsou v tomto období hlavním prostředkem individuace, tedy dosažení vyššího stupně nezávislosti na okolí, rodičích a sociálním systému. Podle Hajného lze užívání návykových látek považovat za separační tendence ve smyslu vyhledávání stavu změněného vědomí, oddělení od reálné situace a vědomí vlastní volby užití bez ohledu na společenská či rodinná pravidla (Hajný, 2003). Neuspokojená potřeba separace od rodičů vzhledem ke sníženým schopnostem samostatného sociálního fungování tedy může vést k externalizaci těchto potřeb prostřednictvím užívání návykových látek. Snadná ovlivnitelnost a intenzivní potřeba se začlenit do idealizované skupiny může v případě identifikace se skupinou vrstevníků, kteří užívají návykové látky, vést k abúzu či závislosti.

V období vytváření intimity jde o propojení vlastní identity s identitou druhého. Není-li tedy předchozí krize úspěšně vyřešena, bude se člověk v budoucnu střetávat s neschopností navázat plnohodnotný intimní vztah. Výzkum, který prezentuje Weisel a Kamara (2005), ukazuje, že v dospělosti měl zkoumaný vzorek neslyšících vyšší strach z attachmentu i individuace než kontrolní vzorek intaktní populace, a to navzdory faktu, že měli tito neslyšící stejné vztahy (manželství, páry žijící ve společné domácnosti, bez vztahu) jako slyšící partcipanti. Přestože byli neslyšící v intimním vztahu, subjektivně tento vztah vnímali odlišně. Vzhledem k tomu, že komunita neslyšících je poměrně malá, vyskytuje se zde mnohdy problém i s nedostatečným množstvím intimních partnerů. Samozřejmě je možné navázat vztah se slyšícím člověkem, tato smíšená partnerství nicméně nejsou příliš častá. Neuspokojení této vývojové potřeby nebo její nedostatečné naplnění lze považovat za rizikový faktor ke vzniku či rozvoji závislosti.

● 10 PORUCHY OBJEKTNÍCH VZTAHŮ

Jedna z psychoanalytických teorií závislostních poruch, které pracují s konceptem poruchy objektních vztahů, popisuje stav neurčitěho napětí z neschopnosti vyjadřovat diferencované emoce. Kalina (2013) popisuje Krystalovo pojetí závislosti: „...drogově závislý člověk nedokáže pojmenovávat a rozlišovat různé aspekty svých emočních stavů. Namísto prožívání diferencovaných pocitů, jako je smutek, zlost nebo štěstí, prožívá globální fyziologické stavy a napětí. To mu znemožňuje nechat se vést emocemi při chápání sebe samého a ochromuje důležitý zdroj informací a zpětných vazeb. Člověk nedokáže rozpoznat smysl jednotlivých stavů vzrušení a již jejich samotná existence se pro něj stává zdrojem úzkosti. Užívání návykových látek je jednou z možností, jak dosáhnout uklidnění a uvolnění“ (Kalina,

2013, p. 264). Pokud bychom uvažovali nad tím, že omezená schopnost rozpoznání a diferenciací emocí je rizikovým faktorem rozvoje a udržování závislosti, tato teorie by vysvětlovala zvýšený výskyt užívání návykových látek u neslyšících, kteří v dětství selhávali v komunikaci s rodiči, a naopak totožnou incidenci u sluchově postižených, kterým se podařilo s rodiči úspěšnou komunikaci navázat. Vytvoření efektivního komunikačního systému mezi matkou a dítětem může poskytnout cenná vodítka k rozpoznání emočního stavu dítěte a prostřednictvím afektivního vyladění pomoci dítěti ke zvědomění emočních stavů, jejich rozpoznání a pojmenování. U některých neslyšících dětí je zřetelná výrazně omezená slovní zásoba u emočních témat, omezené chápání a rozpoznání emocí a schopnost regulace emocí, což může být důsledkem nepřítomnosti bezpečné vazby mezi matkou a dítětem v raném stadiu vývoje. Dá se předpokládat, že neúspěšné navázání bezpečného vztahu s matkou předurčuje i vytváření vztahů v budoucnosti. Strach z opětovné neúspěšné komunikace, kterou neslyšící zažíval v dětství, v něm pak může vzbuzovat vyšší úzkost v kontaktu se slyšícími i v dospělosti.

U lidí, kteří nejsou schopni se uspokojivě dorozumívat, přichází v úvahu také teorie externalizace, tedy vyjadřování vnitřních konfliktů směrem navenek prostřednictvím užívání návykových látek. Hajný popisuje v rámci teorie orální fixace neschopnost fixovaného vyjádřit případné agresivní, kritické nebo separační myšlenky, jež jsou pak vyjádřeny za podpory užití návykové látky, která uživateli poskytuje kýženou sebedůvěru v kontaktu fixovanou osobou (Hajný, 2003). Za externalizaci těchto separačně-individuačních myšlenek však můžeme považovat již samotné užívání návykové látky. Tyto obavy z vyjádření nelibých pocitů vůči pečující osobě se zvyšují se stupněm závislosti na této osobě, bohužel rodiče své neslyšící děti zneschopňují velmi často.

● 11 SEDM ROZMĚRŮ DISPONOVANÉ OSOBNOSTI

Na základě psychoanalytických koncepcí nevědomí, Self a konfigurace či organizace funkcí Ega formuloval Jeřábek (2008) jádrovou osobnostní strukturu lidí, kteří jsou závislí na návykových látkách. Jedná se tedy o určité dispozice k vytvoření závislosti v průběhu života. Pro srovnání jsou uváděny konflikty lidí se sluchovým postižením, které mohou vznikat v součinnosti s nevhodným prostředím, ve kterém neslyšící či nedoslýchavý člověk vyrůstá a dospívá, a přístupem okolí k jeho sluchové vadě. Nejedná se tedy o charakteristiku „osobnosti neslyšícího“, ale pouze o modelové situace, které mohou v životě neslyšících či nedoslýchavých lidí nastat v kontextu psychologického vývoje ve společnosti, která je primárně tvořena intaktní populací.

Jeřábek (2008, p. 62–63) popisuje závislostní osobnost v těchto sedmi dimenzích (z důvodů přesnosti terminologie autora byly ponechány doslovné názvy dimenzí):

„Chabá integrace identity ega“

V tomto případě tedy budeme hovořit především o nevládnutí konfliktu vývojového stadia identita versus chaos, což může nastat v případě nejednoznačné identifikace se sociální skupinou, ve které se sluchově postižený vyskytuje nebo by se vyskytovat chtěl (tedy příslušnost ke komunitě neslyšících či slyšících). Tento konflikt může vzniknout i následkem neschopnosti individuace a separace neslyšícího od hyperprotektivních rodičů a prohlubuje nevládnutím předchozích vývojových úkolů.

„Narušená internalizace objektových vztahů“

Patrně na základě imanentní souvislosti s předchozím je zvýšena (v některých případech až extrémně) interpersonální citlivost a nejistota včetně vědomí/nevědomí subjektivního ohrožení v interpersonálních vztazích. S tím souvisí nízká frustrační tolerance, tendence k autodestrukci, „psychologickému sadomasochizmu“, či viktimologické pozici (Jeřábek, 2008).

Jedná se především o problémovou primární vazbu sluchově postiženého dítěte na intaktní matku (či jinou pečující osobu), která nemá dostatek informací o vhodném přístupu k dítěti se sluchovým postižením, či nedostatek empatie a afektivního vyladění pečujícího v důsledku frustrace z problematického přijetí faktu sluchového postižení dítěte. Tímto způsobem může být narušena i schopnost vytváření bezpečných vztahů neslyšícího či nedoslýchavého člověka v dospělosti.

„Vývojově nízká úroveň defenzivní organizace“

Uplatňují se obranné mechanismy, jako je projekce či projektivní identifikace, popření, dissociace, štěpení, odehrávání-agování, idealizace a/nebo devaluace, omnipotence, únik, agresivita, auto/hetero-destruktivita nebo somatizace (Jeřábek, 2008).

K používání primitivních obranných mechanismů dochází zpravidla při traumatizaci dítěte v dětství či dospívání. U sluchově postižených je třeba s touto konfigurací počítat vzhledem k vysoké viktimizaci u mravnostních trestných činů, týrání, zanedbávání a šikany. Častý výskyt somatizace pak popisuje Vymětal u sluchově postižených dětí, které jsou soustavně přetěžovány (výkon ve škole, nároky na učení se verbálnímu projevu a odezírání nebo citové či výchovné přízpusobení v rodině), či v případě narušených sociálních vztahů v rodině (Vymětal, 2000).

„Nízká integrace superega“

Díky tomu vyplývající potíže s prožíváním studu a viny, narcistické boje o zbožňování a obdiv či paranoidní tendence (Jeřábek, 2008).

Fonagy & Target (2005) uvádí Kernbergův model, v jehož rámci jsou uvedeny případy nedostatečné integrace superega u lidí, jejichž ego struktura není dobře organizovaná

ani dosud nevytváří stabilní systém, což se projevuje nápadnou impulzivností, prudkými změnami nálad, rozporuplnými pocity a chováním, směsicí vytěsnění, rozštěpení a dalších obran a smíšenými pregenitálními a genitálními cíli ve vztazích. Zároveň jsou popsány infantilní a narcistické osobnosti jako reprezentanti této neurotické úrovně. Opět se tedy dostáváme k nedostatečně vytvořené ego identitě, komplikacím v intimních vztazích a používání primitivních obran. Impulzivnost a prudké změny nálad jsou u neslyšících popisovány často také jako reakce na frustraci z neúspěšné komunikace. „Osobnost neslyšícího“ popisuje Vymlátílová. „Traduje se, že neslyšící jsou rigidní, sociálně nezralí, infantilní, impulzivní, egocentriční a vztahovační. (...) Někteří psychiatři nalézají u neslyšících v adolescenci typický shluk příznaků, který zahrnuje nedostatek empatie, sobectví, vymáhání okamžitého splnění vlastních přání, impulzivní chování s nedostatečnou sebekontrolou a zvýšenou agresivitou“ (Vymlátílová, 2006, p. 89).

„Nízká integrace emocí včetně (ne)schopnosti jejich vědomého prožívání, která se příznakově projevuje emoční labilitou, nepřiměřeností, ambivalencí, odehráváním emocí (agováním) v nepatřičném kontextu“ (Jeřábek, 2008, p. 63).

Nízká integrace emocí a neschopnost jejich popisu může souviset s nevytvořením bezpečné vazby mezi matkou a dítětem a zároveň s komunikačními nedostatky sluchově postižených v důsledku malé slovní zásoby, s čímž souvisí i omezená schopnost rozpoznávání emocí.

„Distorze percepčně kognitivního zpracovávání reality, samotnými pacienty označovaná jako „vytváření konstrukcí“ (Jeřábek, 2008, p. 63).

Vzhledem k omezeným možnostem percepce sluchových vjemů z okolí neslyšící často vypadávají z kontextu situací, které se kolem nich odehrávají. Nezřídka se stává, že sluchově postižení v určitých situacích vůbec nechápou jednání lidí ve svém okolí (když se nedívají, nemají žádné informace), neboť komunikaci více než dvou lidí nelze mnohdy zcela zachytit, a tak se stává, že emoční reakce komunikačních aktérů není pro neslyšícího příliš transparentní a smysluplná v rámci zachycených informací. K vytváření konstrukcí se tedy často uchýlit musí. V komunitě neslyšících panuje velká nedůvěra nejen vůči slyšícím, ale i vůči ostatním neslyšícím, což může také souviset s narušeným vývojem bazální důvěry, který je důsledkem časné citové deprivace a frustrace. Omezené komunikační možnosti znamenávají rozvoj poznávacích procesů, ale i sociální kontakty a dovednosti.

„Motivační distorze, inkongruence a ambivalence“ (Jeřábek, 2008, p. 63).

Motivační schémata, která odpovídají konvenční osobnosti, jsou platná, jsou však kontaminována silným intrapsychickým napětím a další výše zmíněnou patologií. Současně jsou zastíněna autonomizací motivu drogy (Jeřábek, 2008).

Zde se můžeme setkat s analogií závislé osobnosti s osobností sluchově postiženého, které mají mnohé společné. Silná intrapsychická tenze spojující výše uvedené dimenze je zde překryta užíváním návykových látek. Dlouhodobá intrapsychická nepohoda, nízké sebehodnocení, kognitivní a behaviorální deficity společně s komplikovanými sociálními vztahy jsou jakožto důsledky výše uvedených sociálních a emočních komplikací velmi častých jevem u sluchově postižených.

● 12 DISKUZE A ZÁVĚR

Sluchové postižení v majoritní skupině slyšících obyvatel predisponuje nositele ke vzniku závažných emočních a psychologických poruch v důsledku narušené komunikace a zvýšené viktimizace u násilných a mravnostních trestních činů. S přihlédnutím k psychoanalytickým teoriím závislosti tak lze předpokládat i zvýšený výskyt užívání návykových látek a případné závislosti. Z dostupných výzkumů je patrné, že výskyt užívání návykových látek je srovnatelný s obecnou populací, nicméně ztížená komunikace mezi výzkumníky a sluchově postiženými snižuje validitu dosažených výsledků.

V případě zapojení sluchově postižených do systému služeb pro uživatele návykových látek však narážíme na mnoho problémů, které neslyšící a nedoslýchavé mohou odradit od jejich využití. Rozhodnutí vyhledat služby psychiatra či psychoterapeuta vyžaduje velké odhodlání od každého a předpokládá určitý stupeň náhledu na vlastní problém a motivaci ke změně, obzvláště pak v adiktologických službách. Vzhledem k tomu, že je v České republice výrazný nedostatek služeb, ve kterých by pracoval neslyšící či nedoslýchavý člověk, jsou sluchově postižení v převážné většině nuceni komunikovat prostřednictvím verbálního projevu a odezírání nebo využití služeb tlumočnicka. Jak již bylo řečeno výše, odezřít lze přibližně necelá třetina obsahu informací, které jsou neslyšícímu sdělovány, a to za ideálních technických podmínek. U prelingválně neslyšících často nepomůže ani nahrazení mluvené složky psaným projevem, neboť např. podle Rendona (1992) 90 % prelingválně neslyšících čte na úrovni žáků páté třídy nebo hůře. Podobné výsledky vykazuje i studie výzkumného institutu Gallaudet (1996). Z těchto důvodů je verbální komunikace pro neslyšícího, který je zvyklý komunikovat ve znakovém jazyce, nejen neúčinná, nýbrž také frustrující. Přítomnost tlumočnicka pak narušuje dynamiku psychoterapie, odrazuje klienta od sdělování intimních témat a je hrozbou vzhledem k úniku informací mimo terapeutické či poradenské prostředí.

Mezi další okolnosti, které ztěžují neslyšícím a nedoslýchavým vstup do služeb pro uživatele návykových látek, patří nízká informovanost o problematice závislosti a službách pro uživatele NL, dřívější nediagnostikovaná psychická porucha, přehlédnutí poruchy intelektu, nedůvěra vůči slyšícím terapeutům, strach z úniku informací do komunity neslyšících a hrozba dvojího stigmatu (sluchové postižení

a závislost). Někteří neslyšící a nedoslýchaví považují své sluchové postižení za výrazné stigma, které může být znásobeno závislostním problémem. Strach z označování duálním stigmatem může odradit sluchově postiženého od připuštění si závislostního problému a vyhledání léčby. Lze předpokládat, že tento strach z možnosti šíření informací o rizikovém užívání návykových látek či závislosti jedince může vést ke zhoršení sociální izolace a popření problému.

Na základě výše zmíněných skutečností by tak bylo užitečné zvážit vytvoření specializované adiktologické služby pro sluchově postižené, která by mohla být doplňkovou složkou již existující organizace. Důležitou součástí této služby by měl být terapeut či poradce, který ovládá znakový jazyk či zkušený tlumočnick do znakového jazyka, aby bylo možné poskytnout člověku, který se rozhodl vyhledat pomoc v situaci, která je stigmatizující i v obecné populaci, jistotu bezbariérové komunikace a nesnižovat tak jeho motivaci k léčbě. Inspirací nám může být severoamerická služba s názvem Minnesota Chemical Dependency Treatment for Deaf and Hard of Hearing Adults, která v rámci rezidenční, stacionární a ambulantní péče poskytuje individuální a skupinovou terapii ve znakovém jazyce, výukové programy, workshopy, rodinnou terapii, rekreační aktivity, podpůrné skupiny, párování služeb, plánování doléčování, léčbu dvojím ohniskem u duálních diagnóz, svépomocné materiály obsahující DVD ve znakovém jazyce a jiné služby. Personál, který pracuje v rámci této organizace, je vzdělán jak v psychoterapii, tak v komunitě neslyšících a plynně ovládá znakový jazyk.

Role autorů: Postránecká, Z.: Psaní článku, rešerše literatury, korespondenční autor. Čablová, L.: Psaní článku.

Prohlášení o střetu zájmů: Autoři studie nejsou ve střetu zájmů a nesou zodpovědnost za obsahovou i formální stránku publikované práce.

The role of the authors: Postránecká, Z.: writing, literature search, corresponding author. Čablová, L.: writing.

Declaration of interest: The authors report no conflict of interest. The authors alone are responsible for the content and writing of this article.

LITERATURA / REFERENCES

- Anderson, M. L. & Kobek-Pezzarossi, C. M. (2011). Is it abuse? Deaf female undergraduates' labeling of partner violence. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 17, 273–286.
- Black, P. A. & Glickman, N. S. (2006). Demographics, psychiatric diagnoses, and other characteristics of North American Deaf and hard-of-hearing inpatients. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 11, 303–321.
- Cavaiaola, A. & Schiff, M. (2000). Psychological distress in abused, chemically dependent adolescents. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 13(2), 327–334.
- Dunst, C. J., Meter, D. & Hamby, D. W. (2011). Influences of sign and oral language interventions on the speech and oral language production of young children with disabilities. *CELLreviews*, 4(4). Staženo 15. 4. 2014 z http://www.earlyliteracylearning.org/cellreviews/cellreviews_v4_n4.pdf.
- Edwards, E., Vaughn, J. & Rotabi, K. S. (2005). Child abuse investigation and treatment for deaf and hard of hearing children: Ethical practice and policy. *The Social Policy Journal*, 4(3/4), 5–67.
- Fellinger, J., Holzinger, D., Sattel, H., Laucht, M. & Goldberg, D. (2009). Correlates of mental health disorders among children with hearing impairments. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 51(8), 635–641.
- Fonagy, P. & Target, M. (2005). *Psychoanalytické teorie – perspektivy z pohledu vývojové psychopatologie*. Praha: Portál.
- Gallaudet Research Institute. (1996). *Stanford Achievement Test, 9th Edition, Form S: Norms Booklet for Deaf and Hard-of-Hearing Students*. Washington, DC: Gallaudet University, Gallaudet Research Institute.
- Gray C. D., Hosie, J. A., Russell, P. A. & Ormel, E. A. (2003). Emotional development in deaf children: facial expression display rules and theory on mind. In: Clark, M. D., Marschark, M., Karchmer, M. (Eds.). *Context, Cognition and Deafness* (s. 135–160). Washington, DC: Gallaudet University Press.
- Guthmann, D. & Graham, V. (2004). Substance abuse: A hidden problem within the D/deaf and hard of hearing communities. *Journal of Teaching in the Addictions*, 3(1), 49–64.
- Hajný, M. (2003). Vývojové aspekty vzniku a rozvoje závislosti. In: K. Kalina a kol. *Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup* (s. 135–139). Praha: Úřad vlády České republiky.
- Hawke, J. M., Jainchill, N. & DeLeon, G. (2000). The prevalence of sexual abuse and its impact on the onset of drug use among adolescents in therapeutic community drug treatment. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 9(3), 35–49.
- Hrubý, J. (1997). *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu, 1. díl*. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených.
- Jeřábek, P. (2008). Psychopatologie závislosti. In: K. Kalina a kol. *Základy klinické adiktologie* (s. 53–74). Praha: Grada Publishing
- Kalina, K. (2013). *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada Publishing.
- Kalina, K. & Vácha, P. (2013). Duální diagnózy v terapeutických komunitách pro závislé – možnosti a meze integrované léčby. *Adiktologie*, 13(2), 144–164.
- Kalsched, D. (2011). *Vnitřní svět traumatu*. Praha: Portál.
- Kearns, G. (1989). A community of underserved alcoholics. *Alcohol Health and Research World*, 13 (2), 27.
- Kolář, M. (2005). *Bolest šikanování*. Praha: Portál
- Kratochvílová, K. (2009). *Problémy s identitou neslyšících*. Info-zpravodaj 04/2009, 22–23.
- Kudrle, S. (2003). Trauma a závislost. In: K. Kalina a kol. *Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup* (s. 130–134). Praha: Úřad vlády České republiky.
- Kvam, M. H. (2004). Sexual abuse of deaf children. A retrospective analysis of the prevalence and characteristics of childhood sexual abuse among deaf adults in Norway. *Child Abuse and Neglect*, 28, 241–251.
- Kvam, M. H., Loeb, M. & Tambs, K. (2007). Mental health in deaf adults: symptoms of anxiety and depression among hearing and deaf individuals. *Journal of Deaf Studies & Deaf Education*, 12(1), 1–7.
- Landsberger, S. A. & Diaz, D. R. (2011). Identifying and assessing psychosis in deaf psychiatric patients. *Current Psychiatry Reports*, 13, 198–202.
- Landsberger, S. A. & Diaz, D. R. (2010). Inpatient psychiatric treatment of deaf adults: demographic and diagnostic comparisons with hearing inpatients. *Psychiatric Services*, 61, 196–99.
- Langer, J. (2004). *Systém péče o sluchově postižené, jejich výchova a vzdělávání*. Olomouc: Katedra Speciální pedagogiky Univerzity Palackého [online]. Dostupné na World Wide Web: <ksp.upol.cz/cz/clenove/profil/langer/download/surdn/06.ppt>. In: Štěpánková, K. (2012). Uplatnění osob se sluchovým postižením na trhu práce v Královéhradeckém kraji. Nepublikovaná diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita.
- McCrone, W. (1994). A two year report card on Title I of the Americans with Disabilities Act. Implications for rehabilitation counseling with deaf people. *Journal of American Deafness and Rehabilitation Association*, 28(2), 1–20.
- Nešpor, K. (2003). Psychologická komorbidita a komplikace, „duální diagnózy“. In: K. Kalina a kol. (2003). *Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup* (pp 233–237). Praha: Úřad vlády České republiky.
- Postránecká, Z. (2012). *Užívání návykových látek mezi lidmi se sluchovým postižením: explorace-korelační sonda*. Nepublikovaná bakalářská práce. Praha: Univerzita Karlova v Praze.
- Rendon, M. (1992). Deaf culture and alcohol and substance abuse. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 103–110.
- Sadusky, J. & Obinna, J. (2012). *Violence against women; focus groups with culturally distinct and underserved communities (Rainbow Research) for the Wisconsin Department of Health and Family Services*. Staženo 3. 4. 2014 z <http://www.rainbowresearch.org/vertical/Sites/{06FC814B-ACB5-4A63-8976-E19EAD460C12}/uploads/{AF5DCB06-6ADB-4844-93DA-153D96E4AF06}.PDF>.
- Sinkkonen, J. (1994). *Hearing-impairment, communication and personality development*. Unpublished doctoral dissertation. Helsinki: University of Helsinki Finland.
- Stefanis, N., Thewissen, V., Bakoula, C., van Os, J. & Myin-Germeys, I. (2006). Hearing impairment and psychosis: a replication in a cohort of young adults. *Schizophrenia Research*, 85, 266–272.
- Stevenson, J., McCann, D., Watkin, P., Worsfold, S., Kennedy, C. R., on behalf of the Hearing Outcomes Study Team. (2010). The relationship between language development and behaviour problems in children with hearing loss. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51, 77–83.
- Stevenson, J., McCann, D. C., Law, C. M., Mullee, M., Petrou, S., Worsfold, S., Yuen, H. M. & Kennedy, C. R. (2011). The effect of early confirmation of hearing loss on the behaviour in midpopodle childhood of children with bilateral hearing impairment. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 53(3), 269–274.
- Stimpson, L. & Best, M. C. (1991). *Courage above all: Sexual assault against women with disabilities*. New York: DisAbleD Women's Network-Toronto.
- Sullivan, P. M. & Knutson, J. F. (2000). Maltreatment and disabilities: A population-based epidemiological study. *Child Abuse & Neglect*, 24, 125–1274.
- Štěpánková, K. (2012). *Uplatnění osob se sluchovým postižením na trhu práce v Královéhradeckém kraji*. Nepublikovaná diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita.
- Titus, J. C. (2003). *Cultural variables and substance abuse in the deaf population in presentation substance abuse treatment in the deaf adolescent population: The challenge to build a better future*. Staženo 22. 5. 2014 z http://www.chestnut.org/Portals/14/PDF_Documents/Lighthouse/Presentations_and_Posters/Deaf-HH_Slides.pdf.

- Titus, J. C. (2010). The nature of victimization among youths with hearing loss in substance abuse treatment. *American Annals of the Deaf*, 155(1), 19–30.
- Valenti-Heim, D. & Schwartz, L. (1995). *The Sexual abuse interview for those with developmental disabilities*. James Stanfield Company. Santa Barbara: California.
- Vizinová, D. & Preiss, M. (1999). *Psychické trauma a jeho terapie*. Praha: Portál.
- Vymětal, Š. (2000). *Drogová problematika u sluchově postižených*. Info-Zpravodaj 03/2000, p. 22.
- Vymlátílová, E. (2006). Sluchově postižené dítě. In: P. Říčan, D. Krejčířová a kol. *Dětská klinická psychologie*, 4., přepracované a doplněné vydání (s. 88–102). Praha: Grada publishing, a. s.
- Vysuček, P. (2002). *Šíkana*. Nepublikovaná bakalářská práce. Praha: Univerzita Karlova v Praze.
- Weiner, M. T., Day, S. J. & Galvan, D. (2013). Deaf and hard of hearing students' perspectives on bullying and school climate. *American Annals of the Deaf*, 158(3), 334–343.
- Weisel, A. & Kamara, A. (2005). Attachment and individuation of deaf/hard-of-hearing and hearing young adults. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 10(1), 5–62.
- Young, M. E., Nosek, M. A., Howland, C., Chapong, G. & Rintala, D. H. (1997). Prevalence of abuse of women with disabilities. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 78, S34–S38.

PSYCHOPATOLOGIE NAUKA O NEMOCECH DUŠE, 2., AKTUALIZOVANÉ A DOPLNĚNÉ VYDÁNÍ

KNIHY



Orel Miroslav a kolektiv

Druhé vydání úspěšné publikace nabízí stručný přehled o dnes stále aktuálnějším oboru psychopatologie. Čtivou formou přináší základní informace o oblasti duševních poruch všem, kdo knihu vezmou do ruky buď kvůli splnění svých studijních povinností, nebo kvůli potřebám své profese, nebo jen ze zájmu.

Grada Publishing a.s., 17×24 cm, 344 stran, 978-80-247-5516-8, 399 Kč

Publikaci si můžete objednat na stránkách www.adiktologie.cz (časopis Adiktologie, online objednávka).

Redakce časopisu Adiktologie, Klinika adiktologie, 1. LF UK,
Apolinářská 4, 128 00 Praha 2 / e-mail: journal@adiktologie.cz / www.adiktologie.cz

SLOVNÍK SPECIÁLNĚPEDAGOGICKÉ TERMINOLOGIE VYBRANÉ POJMY

KNIHY



Kroupová Kateřina a kolektiv

Více než tisícovka hesel slovníku zachycuje soudobý stav speciální pedagogiky a seznámí vás s nejdůležitějšími pojmy oboru. Najdete zde odborně definované, ale zároveň srozumitelně vysvětlené klíčové termíny a jejich anglické ekvivalenty.

Grada Publishing a.s., 14×21 cm, 328 stran, 978-80-247-5264-8, 399 Kč

Publikaci si můžete objednat na stránkách www.adiktologie.cz (časopis Adiktologie, online objednávka).

Redakce časopisu Adiktologie, Klinika adiktologie, 1. LF UK,
Apolinářská 4, 128 00 Praha 2 / e-mail: journal@adiktologie.cz / www.adiktologie.cz