

## 2.5.4. Problem depresji wśród osób niesłyszących i niewidzących

*Dorota Podgórska-Jachnik*

---

### 2.5.4.1. Wstęp

Niepełnosprawność stanowi specyficzny stan kondycji ludzkiej, wywołujący doświadczenia egzystencjalne wykraczające daleko poza doświadczenia osób bez niepełnosprawności [Kvam, Tambs, 2007]. Może powodować ponadprzeciętne, długotrwałe obciążenia psychiczne, obejmujące negatywne emocje, poczucie straty, zagubienia sensu życia, zaniżoną i niestabilną samoocenę i in. Niepełnosprawność traktowana jest współcześnie również jako czynnik opresyjny [Barnes, Mercer, 2008], uruchamiający szereg niekorzystnych zjawisk społecznych, jak: dyskryminacja, marginalizacja, przemoc, ale także wyuczanie bezsilności i bezradności i in. [Barnes, Mercer, 2008; Mikołajczyk-Lerman, 2013; Podgórska-Jachnik, 2014]. Stawia to osoby z niepełnosprawnością w gorszej niż innych i trudnej z psychologicznego punktu widzenia sytuacji osobistej. Wyższe koszty adaptacji do życia w sensie biologicznym, psychologicznym i społecznym spowodowane niepełnosprawnością stanowią wyjątkowo silny stresor, który potencjalnie stanowi zagrożenie dla zdrowia psychicznego, w tym może przyczyniać się do zaburzeń o charakterze depresyjnym. Zwrócili już na to uwagę Turner i Beiser [1990], według których ryzyko wystąpienia znaczących zaburzeń emocjonalnych jest od 2 do 4 razy wyższe wśród osób z chorobami przewlekłymi i z niepełnosprawnością niż w populacji generalnej. Opracowania na ten temat, a szczególnie wiarygodne analizy badań populacyjnych, są jednak wciąż nieliczne [Kvam, Tambs, 2007].

Jednocześnie każda niepełnosprawność obejmuje nieco inne uwarunkowania biologiczne i skutki funkcjonalne, które prowadzą do specyficznych przeżyć i mogą nadawać szczególny koloryt zaburzeniom nastroju – niezależnie od tego, jak wpływa na nieuogólnione odczuwanie stanu niepełnej sprawności. W genezie depresji, oprócz czynników takich samych jak w przypadku innych pacjentów, znaczącą rolę odgrywać będzie zatem doświadczanie własnej niepełnosprawności i poczucie straty (przeżyta trauma). Co więcej, niepełnosprawność może być czynnikiem przyczyniającym się do innych negatywnych doświadczeń, np. zaburzeń w relacjach społecznych, odrzucenia, różnych form wykorzystania i przemocy, które także pojawiają się jako znaczące w przyczynowym modelu zaburzeń depresyjnych. Z tego punktu

widzenia zaburzenia sensoryczne – przede wszystkim niepełnosprawność wzrokowa i słuchowa – mogą w sposób szczególny wiązać się z zaburzeniami o charakterze depresyjnym i temu problemowi poświęcony jest niniejszy podrozdział.

#### **2.5.4.2. Niepełnosprawność sensoryczna a ograniczenia komunikacyjno-diagnostyczne**

Pojęcie niepełnosprawności sensorycznej użyto, by wskazać dwie liczne populacje osób z niepełnosprawnością: szacuje się, że niepełnosprawność słuchowa dotyczy około 10–15% populacji i odsetek ten wzrasta – liczba osób z niedosłuchem w Polsce może wynosić ponad 6 mln osób, w tym osób z poważnym ubytkiem słuchu jest około 900 tys., głuchych – od 45 tys. do 50 tys. [RBPCK, 2011] lub nawet więcej; osób z niepełnosprawnością wzrokową szacuje się na około 1,8 mln [RZX, 2015], z czego osób niewidomych – na 100 tys. [RBPCK, 2011]; w Polsce jest także około 7 tys. osób z jednoczesną utratą wzroku i słuchu – głuchoniewidomych [RBPCK, 2011]. Są to grupy o zupełnie innych problemach i barierach, ale często łączone z sobą w wspólną kategorię ze względu na pozorne podobieństwo sytuacji, tzw. osoby niepełnozmysłowej. Zarówno niepełnosprawność wzrokowa, jak i słuchowa są bowiem niepełnosprawnościami związanymi z dysfunkcyjnym ograniczeniem lub utratą jednego ze zmysłów. Do tego chodzi tu o dwa zmysły odgrywające podstawową rolę zarówno w percepcji otoczenia, jak i w rozwoju jednostki. Z tego powodu w tradycyjnie ujmowanej w psychologii hierarchii zmysłów – np. w teorii organicznej hierarchii doświadczeń zmysłowych H.R. Myklebusta [Gałkowski i wsp., 1998] – wzrok i słuch zajmują dwa pierwsze miejsca w strukturze doświadczeń poznawczych człowieka, determinując jego obraz świata (zwłaszcza wzrok) oraz zdolności adaptacyjne.

Pojęcie „niepełnosprawność sensoryczna” obejmuje kilka zróżnicowanych kategorii szczegółowych osób niepełnosprawnych, a dokładnie:

- osoby niewidome;
- osoby słabowidzące;
- osoby niesłyszące (głuche);
- osoby słabosłyszące;
- osoby głuchoniewidome, z jednoczesnym uszkodzeniem wzroku i słuchu, i mogą to być:
  - osoby niewidome niesłyszące,
  - osoby niewidome słabosłyszące,
  - osoby słabowidzące i niesłyszące,
  - osoby słabowidzące i słabosłyszące;
- osoby z uszkodzeniem wzroku lub słuchu i innymi niepełnosprawnościami sprzężonymi.

W praktyce, w diagnozie medycznej można mówić o dziesiątkach szczegółowych jednostek nozologicznych, których nie sposób tutaj wymienić, a z których

każda może mieć inny zakres współchorobowości. Przedstawione zestawienie nie różnicuje również wymienionych kategorii niepełnosprawności ze względu na wrodzony lub wczesnodziecięcy charakter albo też późniejszą utratę zdolności percepcyjnych. Trzeba jednak pamiętać, że problemy i skutki niepełnosprawności będą jednak inne w przypadku osób niewidomych i głuchych, w porównaniu z ociemniałymi i ogłuchłymi, przy czym za cezurę czasową przyjmuje się wiek 5 lat. Utrata wzroku czy słuchu przed tym okresem powoduje, że w obrazie poznawczym świata i w dalszym rozwoju wspomnienia obrazów wzrokowych czy słuchowych będą odgrywać niewielką rolę. Dodatkowo u osób niesłyszących można wtedy mówić o tzw. głuchocie postlingwalnej, a więc nabytej po opanowaniu podstaw języka, dzięki czemu osoba taka będzie miała mniejsze problemy z rozumieniem wypowiedzi w języku polskim, w tym może nauczyć się czytać i bez problemów rozumieć tekst pisany, co jest bardzo istotne z punktu widzenia komunikacji z pacjentem. Szczególną utratą wzroku czy słuchu jest ich utrata związana ze starością, ze starczą utratą słuchu [Śliwińska-Kowalska, 2005] lub wzroku (starczowzrocznością) [Prasałek, 2016], które zostaną przedstawione w dalszej części podrozdziału. Chociaż osoby starsze mogą mieć różnego rodzaju problemy komunikacyjne, to jednak nie dotyczą ich bariery znajomości języka, z którymi można się spotkać w przypadku wczesnej, prelingwalnej utraty słuchu.

Bariera językowa może bardzo utrudniać proces diagnozy, szczególnie jeśli jest to diagnoza psychiatryczna, oparta na identyfikacji zwerbalizowanych objawów chorobowych, często wymagających dość precyzyjnego opisu odczuwanych subiektywnie stanów. W przypadku osób z głuchotą postlingwalną można zastosować w formie pisemnej takie same metody wywiadu i narzędzia badawcze, jak w przypadku osób słyszących, np. najpopularniejszy kwestionariusz diagnostyczny Inwentarz Depresji Becka (*Beck Depression Inventory* – BDI; tłum. M. Lewickiej i J. Czapińskiego) [Zawadzki i wsp., 2009]. W przypadku osób z głuchotą prelingwalną lub interlingwalną (a więc wrodzoną lub nabytą przed 5. r.ż.) należy liczyć się z niezrozumieniem lub nieprecyzyjnym rozumieniem pytań takiego inwentarza, choć indywidualny poziom kompetencji językowych pacjentów będzie zróżnicowany. W Polsce brak narzędzi do diagnozy psychiatrycznej o potwierdzonej wartości psychometrycznej, dostosowanych do potrzeb i możliwości komunikacyjnych osób niesłyszących. Adaptacje takie w odniesieniu do Inwentarza Depresji Becka (DBI) przeprowadzono w Stanach Zjednoczonych, opracowując nawet jego filmową wersję [Glickman, Harvey, 2009]. Co do wiarygodności badań testowych trzeba również pamiętać, że nawet obecność tłumacza języka migowego nie gwarantuje identyczności dokonywanego przez niego tłumaczenia z treścią kwestionariusza, którego wartość psychometryczna w takiej sytuacji pozostaje nieokreślona. Pewnym łagodzącym ten problem rozwiązaniem stosowanym w niektórych krajach, np. w USA, jest udział w badaniu osoby niesłyszącej, jak również w jej psychoterapii, tłumaczy języka migowego przygotowanych na specjalnych szkoleniach do współpracy z lekarzami czy psychoterapeutami [Glickman, Harvey, 2009]. Bez specjalistycznego przygotowa-

nia w przedmiocie badania czy terapii rola tłumacza jest bardzo ograniczona, o czym musi pamiętać diagnozujący lekarz. Ponadto trzeba liczyć się z tym, że jeśli pacjent przychodzi na wizytę z osobą tłumaczącą, nie zawsze jest to certyfikowany tłumacz języka migowego – czasem po prostu ktoś z rodziny lub znajomy, który zgodził się uczestniczyć w wizycie, a którego stopnia znajomości języka migowego nie jesteśmy w stanie zweryfikować. Stąd zalecana ostrożność diagnostyczna. Dodatkowo w delikatnej kwestii zaburzeń psychicznych obecność osoby trzeciej sama w sobie może ograniczać szczerłość pacjenta: z jednej strony jest on zmuszony skorzystać z pomocy językowej tłumacza, z drugiej – pozostaje obawa przed ujawnieniem lekarzowi intymnych informacji obecności kogoś, kto jest mu nie tylko znany, ale również funkcjonuje w ograniczonym lokalnym środowisku.

Należy pamiętać także, że wiele osób niesłyszących czy nawet słabo słyszących identyfikuje się również jako „kulturo Głusi”, związani ze środowiskiem języka migowego, którego odmiennosć lingwistyczną trzeba dostrzec i uwzględnić także w procesie diagnostycznym i terapeutycznym [Glickman, 2009]. Ponadto, wobec coraz bardziej zaawansowanych technologii i rozwoju protetyki audiologicznej wśród osób z uszkodzonym słuchem zaczyna wyodrębniać się populacja osób z implantem ślimakowym, której doświadczenia rehabilitacyjne i społeczne mogą być zupełnie inne niż osób z aparatami słuchowymi. Wiąże się to także z identyfikacją społeczną, która odgrywa niewątpliwie swoją rolę w procesie asymilacji doświadczania niepełnosprawności.

Ograniczenia diagnostyczne uwzględniające poziom kompetencji językowych, ani też problem korzystania z pośrednika językowego, nie dotyczą osób z uszkodzonym wzrokiem (poza pojedynczymi przypadkami z problemami z komunikacją – jak wśród pozostałych pacjentów). Utrudnione porozumiewanie się werbalne osób z uszkodzonym wzrokiem – szczególnie całkowicie niewidomych – wynika z bariery w odbieraniu komunikacji niewerbalnej: gestów, mimiki, mowy ciała. Osoby te nie są w stanie w pełni obserwować tych zachowań rozmówcy, a więc mogą błędnie rozumieć jego komunikaty, zniekształcać intencje, czuć zakłopotanie, gdy ten zastanawiając się, milczy. Nie widzą także reakcji rozmówcy na własne słowa, co także utrudnia wymianę myśli [Łukasiak, 2016]. Mogą mieć znacznie ograniczony repertuar własnych reakcji mimicznych, w tym reakcje te mogą być sygnalizowane nietypowo, bądź nieadekwatnie do treści wypowiedzi i przeżyć. Utrudnia to ocenę stanu emocjonalnego na podstawie obserwacji, choć jej nie wyklucza. Należy jednak liczyć się ze zniekształceniami przekazu, jak również z tym, że ograniczone doświadczenia percepcyjne osób z uszkodzonym wzrokiem czy słuchem mogą utrudniać odpowiedzi na pytania lekarza czy psychologa lub czynić niejednoznaczными dla pacjenta pytania o objawy. Komunikacja z pacjentem z niepełnosprawnością sensoryczną niewątpliwie wymaga zrozumienia specyfiki jego sytuacji i dotychczasowych doświadczeń życiowych, warto więc sięgnąć po szczegółowe wskazówki w tym zakresie [Podgórska-Jachnik, 2016].

Ciekawą propozycją użyteczną w praktyce medycznej są wykorzystane przez Neila Glickama – terapeutę pracującego z osobami niesłyszącymi oraz innymi pa-

cjentami psychiatrycznymi z trudnościami językowymi i w uczeniu się – obrazy graficzne ilustrujące wybrane zachowania istotne w diagnostyce psychiatrycznej, w tym w diagnozie depresji. Glickman zamieszcza je w postaci osobnych kart, tzw. *skill-cards*, jako załącznik na płycie CD do swojej książki, poświęconej kognitywno-behawioralnej terapii osób z problemami komunikacyjnymi [Glickman, 2009]. Podobne karty można przygotować korzystając z systemu bezpłatnych piktogramów Sclera. Zbiór ten jest obecnie najobszerniejszym systemem piktograficznym komunikacji niewerbalnej, obejmującym już ponad 7 tysięcy obrazów i nadal rozwijanym, rekomendowanym do upowszechnienia w krajach europejskich w celu stworzenia międzynarodowego środowiska jego użytkowników. Posiada także polską wersję [Sclera, 2016]. Karty *skill-cards* wykorzystywane zarówno pomocniczo w diagnozie, jak i w treningach umiejętności społecznych w toku terapii obejmują kilkanaście kategorii dla każdego rodzaju zaburzeń psychicznych. W przypadku depresji Glickman proponuje następujące kategorie:

- trudności z koncentracją,
- trudności ze snem,
- depresja (stan depresyjny),
- myśli depresyjne,
- utrata nadziei,
- zaniedbanie, zaniechanie pewnych rzeczy,
- utrata apetytu,
- utrata zainteresowań,
- brak energii,
- spanie przez cały dzień,
- „ślimaczenie się”, powolne tempo poruszania się,
- myśli o śmierci,
- nadmierny apetyt,
- wycofanie się – dwa przykłady [Glickman, 2009, s. 364–365, tłum. własne].

Karty takie są interesującą propozycją, należy jednak pamiętać o dużym zróżnicowaniu wśród niesłyszących pacjentów: są wśród nich także osoby wykształcone, po wyższych studiach. Nie można ich traktować infantylnie. Jeśli jednak obrazki takie towarzyszyć będą normalnej komunikacji – w tym komunikacji z udziałem tłumacza języka migowego – można nadać im charakter pomocniczy. Ważne, by zadbać wtedy o czas na poszczególne formy komunikacji, a mówienie oddzielić od pokazu (osoba niesłysząca nie może jednocześnie patrzeć na nasze usta czy na tłumacza i na obrazek).

#### **2.5.4.3. Dysfunkcje sensoryczne a doświadczanie niepełnosprawności i poczucia straty**

Społeczne i poznawcze konsekwencje utraty wzroku i słuchu znacznie się różnią, co próbowała w najbardziej skrótowej formie określić Hellen Keller – jedna

z najstłynniejszych na świecie osób głuchoniewidomych, a więc z jednoczesną utratą obu tych ważnych zmysłów. Wśród pedagogów specjalnych powtarzane są jej słowa, iż „ślepotą izoluje człowieka od świata, a głuchota od ludzi”. Słowa te wskazują na to, że uszkodzenie wzroku powoduje przede wszystkim bariery w budowaniu obrazu otoczenia, co utrudnia orientację i np. swobodne poruszanie się w nim. Natomiast skutkiem uszkodzenia słuchu będą bariery w komunikowaniu się z ludźmi, a w przypadku małych dzieci – dodatkowo w kształtowaniu się mowy i języka, z całociowymi skutkami w rozwoju poznawczym i społecznym [Podgórska-Jachnik, 2009; 2013]. Potwierdzają to badania Abolfotouh i Telmesani [1993], w których studenci niewidomi jako swój główny problem określają mobilność – 44% badanych, natomiast niesłyszący wskazują przede wszystkim na trudności w komunikacji z ludźmi – 52%. Możemy zatem mówić o zróżnicowanych skutkach składających się na zupełnie inny funkcjonalny obraz niepełnosprawności wzrokowej i słuchowej.

Wspólnymi doświadczeniami osób z uszkodzonym wzrokiem i słuchem będą: samo doświadczanie niepełnosprawności, często występujące poczucie straty (traumy) – szczególnie w przypadku nabytych uszkodzeń słuchu i wzroku oraz poczucie w różnym stopniu nasilonej opresji, rozumianej jako doświadczanie takich społecznych skutków niepełnosprawności, jak: stygmatyzacja, dyskryminacja, marginalizacja, wykluczenie, eksterminacja, cierpienie, przemoc, wyzysk, ale również zadowolenie – tu rozumiane w negatywnym aspekcie nadmiernego związania z przestrzenią domową, zamiast jej opuszczenia na rzecz możliwie pełnego uczestnictwa w życiu swojej społeczności [Barnes, Mercer, 2008]. Na poparcie tej tezy można przytoczyć wyniki badań przyczyn hospitalizacji psychiatrycznych niesłyszących i słyszących pacjentów, które przedstawili Black i Glickman [2006]. Najczęstszym rozpoznaniem diagnostycznym u pacjentów niesłyszących był zespół stresu pourazowego – 29,7%, w porównaniu do 21% pacjentów słyszących, oraz zaburzenie afektywne – 26% pacjentów niesłyszących, w porównaniu do 8,3% pacjentów słyszących. W badaniach stwierdzono również znacznie wyższe ryzyko samookaleceń – wskaźnik ten był wyższy aż o 50% w grupie pacjentów niesłyszących.

Badania te – niestety jak większość badań na populacji pacjentów z uszkodzonym wzrokiem i słuchem – oparte były jednak na niedużej próbie, pochodzącej z jednego szpitala, trudno więc uznać je za reprezentatywne. Brak też podobnych danych dotyczących osób z uszkodzonym wzrokiem. Wyniki te pokazują jednak, z perspektywy praktyki klinicznej, pewien wycinek doświadczeń życiowych osób z zaburzeniami sensorycznymi, które kształtować będą tzw. wtórne skutki niepełnosprawności. Włączyć w to należy wpływ owych traumatycznych doświadczeń na osobowość i różne jej korelaty – samoocenę, tożsamość, poczucie kontroli, sprawczości, koherencji, sensu życia itd. Wszystko to może przyczyniać się do subiektywnego nasilenia poczucia niepełnosprawności, które z kolei wcale nie musi być proporcjonalne do obiektywnego nasilenia zaburzeń funkcjonalnych.

Poczucie niepełnosprawności to według Joanny Kobosko subiektywny stan psychiczny związany zazwyczaj ze *skutkami posiadanej, wrodzonej lub nabytej wady*

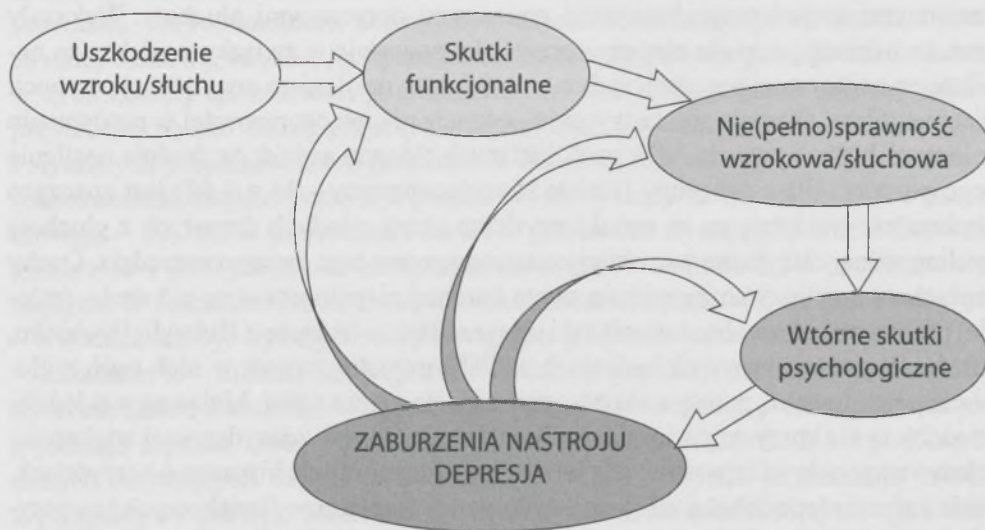
czy deficytu, w tym np. utraty słuchu, albo ogólnie z utratą zdrowia [Kobosko, 2015]. Dla autorki nasilenie tego stanu wynika nie tylko z obiektywnej skali dysfunkcji, ale także z innych, psychologicznych uwarunkowań (m.in. samooceny czy dotychczasowego doświadczenia emocjonalnego) w życiu konkretnego człowieka, który *jest lub staje się osobą niepełnosprawną (...). Osoba, która „obiektywnie” posiada dowolną niepełnosprawność w stopniu znacznym może mieć niewielkie poczucie niepełnosprawności, jak i na odwrót, co rodzi pytanie o psychologiczną naturę samego poczucia niepełnosprawności* [Kobosko, 2015]. Autorka wskazuje na wyraźny „syndrom niepełnosprawności” w obrazie psychologicznego funkcjonowania badanych przez nią osób z głuchotą postlingwalną z implantami ślimakowymi, zbudowany na poczuciu niepełnosprawności powiązany z innymi istotnymi cechami percepcji siebie. Kobosko uważa, że syndrom ów ma charakter uniwersalny i z wysokim prawdopodobieństwem można odnieść także do osób z niepełnosprawnością inną niż słuchowa. Natomiast ważnym wnioskiem empirycznym z przeprowadzonych badań jest stwierdzenie dodatniej korelacji między poczuciem niepełnosprawności a objawami depresji [Kobosko, 2015].

Badania Kobosko dotyczyły poczucia niepełnosprawności doświadczanego przez osoby dorosłe z głuchotą postlingwalną, korzystające z implantu ślimakowego (CI), jak i jego związków z percepcją siebie oraz objawami depresji, a także ze zmiennymi socjodemograficznymi i zmiennymi dotyczącymi głuchoty. Wykazały one, że większe poczucie niepełnosprawności pozostaje w związku z większym nasileniem negatywnej percepcji siebie, a mniejszym nasileniem pozytywnej percepcji siebie ogółem. Okazało się, że wysokie poczucie niepełnosprawności w porównaniu z innymi ludźmi posiada 34% osób badanych. Można sądzić, że średnie nasilenie tego poczucia dla całej grupy (cecha: Niepełnosprawny –  $M = 3,67$ ) jest znacząco wyższe niż wskazują na to wyniki uzyskane przez młodych dorosłych z głuchotą prelingwalną, otrzymane wcześniej z zastosowaniem tego samego narzędzia. Osoby z głuchotą postlingwalną czują się zatem bardziej niepełnosprawne niż osoby (młode) prelingwalnie głuche, a wynik taki otrzymali także badacze z Holandii [Kobosko, 2015]. W przywoływanych badaniach aż 75% uczestniczących w nich osób z głuchotą postlingwalną przeżywało poczucie niepełnosprawności. Mając na względzie, iż osoby te nie korzystały z implantu ślimakowego, lecz w zdecydowanej większości z konwencjonalnych aparatów słuchowych, można postawić hipotezę o korzyściach, jakie najprawdopodobniej odnoszą użytkownicy implantów ślimakowych (na przykładzie badanych w Polsce), co redukuje nieco poczucie niepełnosprawności. Wskazywałby na to uzyskany w badaniach Kobosko o wiele niższy procent tych, którzy czują się niepełnosprawni „bardziej od innych”, w porównaniu z wynikami badań holenderskich [Kobosko, 2015].

Ponadto osoby młodsze, tj. w wieku 60 lat i poniżej, w porównaniu z osobami starszymi, postlingwalnie ogłuchłymi, mającymi powyżej 60 lat, doświadczają większego poczucia niepełnosprawności, co pozostaje w zgodności z innymi rezultatami badań na ten temat [Kobosko, 2015]. Na podstawie uzyskanych wyników

można sądzić, że dla poczucia niepełnosprawności osób z głuchotą postlingwalną z CI istotne jest doświadczanie siebie w sposób specyficzny, także w innych wymiarach osobowej tożsamości, związanych z funkcjonowaniem poznawczym czy interpersonalnym. Niepełnosprawność stanowi ważny wymiar doświadczania siebie przez osoby postlingwalnie ogłuche z implantem ślimakowym, podobne – co zostało stwierdzone we wcześniejszych badaniach Autorki – jak ma to miejsce u młodzieży prelingwalnie głuchej słyszących rodziców, niezależnie od tego, czy komunikuje się ona w języku migowym czy języku polskim fonicznym [Kobosko, 2008]. Nabyta niepełnosprawność, w tym także głuchota, oznacza zatem konieczność ponownej integracji własnej osobowej tożsamości [Kobosko, 2015].

Zatem należy przypuszczać, że w przypadku osób z uszkodzonym wzrokiem lub słuchem wszystkie wymienione kategorie wtórnych skutków niepełnosprawności – wliczając rozbudowany wachlarz form doświadczeń opresyjnych i zespół stresu pourazowego – mogą zwiększać subiektywne poczucie niepełnosprawności i być źródłem negatywnych emocji oraz długotrwałego dystresu, będących z kolei korelatami zaburzeń nastroju i depresji. Można mówić więc o błędnym kole przyczynowo-skutkowym, które zostało przedstawione na rycinie 1.



**Rycina 1.** Poczucie niepełnosprawności a zaburzenia depresyjne u osób z uszkodzonym wzrokiem lub słuchem (źródło: opracowanie własne).

Utrata sprawności jest doświadczeniem traumatycznym, które często wymaga przepracowania „żału po stracie” [Kobosko, 2015]. Osoby doświadczające nasilonego poczucia niepełnosprawności, zwłaszcza młodsze, tj. poniżej 60 lat, potrzebują różnych form interwencji psychologicznej, a także różnych form nieprofesjonalnego



wsparcia (np. grupy wsparcia), by poradzić sobie z doznawanym cierpieniem i jego konsekwencjami. Sprzyja to stawianiu się osobą niepełnosprawną (głuchą), co wiąże się z doświadczaniem siebie i świata także w pozytywny sposób i włączeniem niepełnosprawności (głuchoty) w indywidualną osobową tożsamość. Jak wskazują doświadczenia terapeutyczne w pracy z pacjentami z głuchotą nabytą, nie można jednak zakładać, iż w przypadku większych problemów psychicznych, w tym zaburzeń depresyjnych, wraz z upływem czasu w sposób naturalny poradzą sobie sami, jedynie przez fakt korzystania z implantu ślimakowego [Kobosko, 2015].

Poczucie straty u osób tracących wzrok może być jeszcze wyższe niż u osób niesłyszących, wobec nagłej utraty możliwości samodzielnego poruszania się. W powszechnym odbiorze utrata wzroku jest trudno wyobrażalną sytuacją, kojarzącą się z całkowitym uzależnieniem od innych i „przykuciem do miejsca”. Z pewnością jest to silny stres dezorganizujący dotychczas posiadane mechanizmy przystosowawcze, można nawet mówić o dezorganizacji osobowości [Łukasiak, 2016]. Depresja jest w przypadku takiej traumy naturalną reakcją, przychodzącą po fazie szoku. Jeszcze bardziej niewyobrażalne dla przeciętnego człowieka jest wyobrażenie sobie utraty wzroku i słuchu jednocześnie. Poczucie straty zmniejsza się jednak, gdy niewidomy opanowując techniki orientacji przestrzennej, nabywa mobilności i samodzielności oraz przekonuje się, że mimo utraty wzroku można prowadzić niezależne życie. Stąd bardzo istotne są nie tylko zajęcia instruktażowe, ale także wsparcie psychologiczne w adaptacji do braku wzroku oraz pozytywne życiowej samorealizacji, np. radzenia sobie nie tylko osób niewidomych, ale i głuchoniewidomych w rolach małżeńskich i rodzicielskich zgodnie ze standardami normalizacyjnymi [Kobosko, 2008; Kobosko, 2009]. Tym niemniej osiągnięcie tych standardów nie jest ani procesem prostym, ani szybkim, ani dostępnym dla każdego, dlatego strata związana z trwałym poważnym uszkodzeniem wzroku jest tak trudna do akceptacji. E. Łukasiak, tyflopedagog z Polskiego Związku Niewidomych, mówi nawet o doświadczaniu wielu różnych strat. Zdaniem autorki, oprócz utraty możliwości swobodnego poruszania się, pojawiają się tu bowiem jeszcze:

- utrata poczucia fizycznej pełnowartościowości,
- utrata stosowanych dotychczas automatycznie technik codziennego życia,
- utrata łatwości porozumiewania się i zdobywania informacji,
- utrata anonimowości (osoba niewidoma wyróżnia się w otoczeniu),
- utrata lub zubożone korzystanie z rozrywek (nawet takich codziennych, jak czytanie, rozwiązywanie krzyżówek, oglądanie telewizji, filmów, itd.),
- utrata niezależności finansowej i osobistej,
- utrata społecznego przystosowania, akceptacji [Łukasiak, 2016].

Wszystkie te obszary strat związane są z zawieszeniem dotychczasowych relacji społecznych i jeśli nie zostaną w jakiś sposób skompensowane, może to pozostawić stałe poczucie żalu, smutku i depresji [Łukasiak, 2016].

W kontekście przeżycia straty zaznaczyć trzeba również doświadczenie utraty wzroku i/lub słuchu spowodowane procesami starzenia się. *Presbycusis*, czyli star-

cza utrata słuchu [Śliwińska-Kowalska, 2005] oraz *presbiopia*, czyli starczowzroczność [Prasałek, 2016] dotyczy specyficznych grup osób późno ogłuchłych lub późno ociemniałych. Ponieważ utrata sprawności zmysłów przychodzi z wiekiem, poczucie straty ma tu postać szczególną. Z jednej strony zmiany te traktowane są jako coś nieuchronnego, naturalnego dla wieku, dlatego pacjent i jego rodzina pozostają bierni, nie podejmują leczenia, nie szukają możliwości kompensacji, nie przeciwstawiają się wynikającej z narastających ograniczeń percepcyjnych fizycznej i społecznej marginalizacji. Jak wynika z polskich statystyk, około 80% osób z uszkodzonym słuchem nie korzysta z aparatów słuchowych – czasem z powodu trudności adaptacyjnych do korzystania z tego urządzenia, czasem z powodów ekonomicznych [RBPKK, 2011]. Można przypuszczać, że na wskaźnik ten w dużym stopniu składają się statystyki dotyczące osób starszych. Za rezygnacją z kompensacji technicznej często stoją faktyczne ograniczenia materialne (niskie emerytury i renty), ale także ograniczenia rzekome, spowodowane niechęcią wobec wydatku na drogie okulary czy aparat słuchowy dla starszej osoby (częsta argumentacja samych osób starszych brzmi: *Dla mnie to już nie warto*). Jednocześnie traktowanie omawianych starszych zmian w funkcjonowaniu wzrokowym i słuchowym, jako nieuchronnych procesów degeneracyjnych związanych z wiekiem, wpisuje się w tzw. traumatyczny model starzenia się oparty na doświadczeniach straty. Uświadomienie sobie kumulatywnego charakteru owych strat i doświadczanie ciągle nowych ograniczeń zwiększa z kolei znacząco ryzyko depresji. Starzenie się, utrata sprawności, narastające pogorszenie się jakości życia w przypadku utraty wzroku czy słuchu, wzrastająca zależność od innych – współwystępowanie tych czynników przekłada się znacząco na statystyki epidemiologii zaburzeń depresyjnych w wieku senioralnym.

#### **2.5.4.4. Depresja u osób z niepełnosprawnością słuchową w świetle badań empirycznych**

Dane epidemiologiczne dotyczące zaburzeń psychicznych w populacji osób z uszkodzonym słuchem podawane są bardzo ostrożnie. Wynika to prawdopodobnie z tego, że dawniej wykazywano zawyżone wskaźniki ich występowania, nie dysponując przy tym wystarczającymi narzędziami wiarygodnej diagnozy, a przede wszystkim normami uwzględniającymi odmienność językową i kulturową głuchych. Z tego powodu możliwa jest też hipoteza odwrotna: prawdziwa skala zjawiska mogła być niedoszacowana ze względu na nieprecyzyjną diagnozę. Badania z ostatnich kilkunastu lat idą bardziej w kierunku podważenia dotychczasowych wyników nielicznych starszych badań epidemiologicznych, niż ich weryfikacji. Krytyczna analiza tych wyników [Connolly i wsp., 2006], wskazuje bowiem zarówno na wycinkowy charakter i brak reprezentatywności tych badań, jak i wątpliwości metodologiczne (psychiatryczne kryteria diagnostyczne niedostosowane do sytuacji osób z niepełnosprawnością, standardy ocen, brak adaptacji językowej i udziału tłumacza języka migowego w badaniach, ewentualnie nieoszacowany wpływ zmien-

nej, jaką jest udział tłumacza w badaniach, nieuwzględnianie aspektów społeczno-kulturowych oraz wewnętrznego zróżnicowania populacji osób z omawianymi tu zaburzeniami sensorycznymi). Zatem z krytycznych metaanaliz wynika, że badania te nie odzwierciedlają częstości występowania depresji [Connolly i wsp., 2006], a współcześnie priorytetem jest praca nad jakością właściwie wypracowanych podstawowych standardów diagnostyczno-terapeutycznych, a nie szacowanie wielkości populacji na podstawie przypadkowych, niedostosowanych do specyfiki tej populacji narzędzi.

Większość współczesnych analiz dotyczących problemu zaburzeń psychicznych wśród osób z uszkodzonym słuchem poprzedzają zatem zastrzeżenia, wskazujące na brak precyzyjnych, aktualnych danych. Jednocześnie widoczna jest wynikająca ze społeczno-kulturowego paradygmatu głuchoty niechęć wobec traktowania jej jako choroby (choć może być spowodowana chorobą), a nawet jako niepełnosprawności (choć może powodować niepełnosprawność). Ten złożony problem jest związany z emancypacyjnymi żądaniami uznania Głuchych za mniejszość językową, ale jest też zbiorową reakcją społeczności Głuchych na wcześniejsze paternalistyczne traktowanie głuchoty w kategoriach czysto medycznych i patologicznych.

Ostrożność w podawaniu wycinkowych danych diagnostycznych, nieuwzględniających czynników kulturowych, które mogłyby w sposób mniej lub bardziej zamierzony przyczynić się do utrwalenia patologicznego obrazu głuchoty – co określa się jako postawę audyzmu [Lane, 1996] – zgodna jest z aktualnymi tendencjami w wiedzy surdologicznej. Takie zastrzeżenie należy też odnieść do treści niniejszego podrozdziału. Przedstawione dane mają ukazać zakres zainteresowań naukowych problematyką depresji w populacji osób z uszkodzonym słuchem oraz poczynione w tym zakresie spostrzeżenia. Jednak istotne jest zrozumienie, że to nie głuchota generuje opisywane tu zaburzenia psychiczne, ale określone doświadczenia społeczno-kulturowe powiązane z głuchotą. Dlatego ważniejsze od statystyk jest zrozumienie, jakie to doświadczenia związane z głuchotą mogły być istotne w genezie zaburzeń depresyjnych oraz czy dysponujemy odpowiednimi środkami i narzędziami uwzględniającymi ową specyfikę kulturową, by przyjść z pomocą tym osobom z uszkodzonym słuchem, które tego potrzebują. Choć pewne wskaźniki ukażą, że ciężar głuchoty może częściej prowadzić do depresji, prawdziwym problemem są jednak niewielkie jak dotąd możliwości wsparcia (psycho)terapeutycznego adekwatnego do potrzeb tych osób i do społeczno-kulturowych wymagań.

Próby oszacowania skłonności do depresji przeprowadzone na początku lat 90. XX wieku zmodyfikowaną dla potrzeb głuchych wersją inwentarza Depresji Becka (BDI) potwierdziły większe nasilenie depresji wśród uczniów niesłyszących niż słyszących. Wyniki sugerują, że głuchota zwiększa podatność do występowania łagodnych objawów depresji [Watt, Davis, 1991]. Szwedzkie badania na grupie starszych osób z głuchotą prelingwalną ( $n = 45$ , wiek 65 lat lub więcej) wykazały, iż jedna trzecia wykazywała objawy depresyjne (mierzone 15-itemową Geriatryczną Skalą Depresji – GDS), a prawie dwie trzecie cierpiało na bezsenność (mierzoną

Skalą Snu Livingston). Nie było istotnej korelacji między bezsennością, objawami depresji a ogólnym subiektywnym samopoczuciem (mierzonym Göteborgskim Kwestionariuszem Jakości Życia – GQL). Wyniki potwierdziły hipotezę, że objawy depresyjne i zaburzenia snu są częstsze wśród seniorów z głuchotą prelingwalną, porozumiewających się w języku migowym, występują one częściej niż wśród osób słyszących. Oceny te były ogólnie wysokie, choć nie potwierdziły się oczekiwania znacznie niższego postrzegania przez badanych ich subiektywnego samopoczucia [Werngren-Elgström i wsp., 2003].

Leigh i współpracownicy przeprowadzili badania pilotażowe zmodyfikowanej wersji Inwentarza Depresji Becka (BDI) w adaptacji dla osób niesłyszących (z ubytkiem słuchu 80 decybeli lub więcej). Wyniki uzyskane w grupie niesłyszących studentów ( $n = 102$ ) wykazały średni wynik w nowej wersji na poziomie 10, przy średnim wyniku 7,7 wśród studentów słyszących w wersji oryginalnej. Stwierdzono występowanie łagodnych epizodów depresji u 43%, badanych – przy 27% wśród słyszących oraz 8% przypadków depresji umiarkowanej depresji – przy 4% wśród słyszących. Wyniki należy traktować ostrożnie ze względu na konieczność weryfikacji nowej wersji w badaniach klinicznych. Podobne wyniki uzyskano także w innych badaniach niesłyszących gimnazjalistów ( $n = 50$ , ubytek słuchu 90 decybeli lub więcej) w porównaniu z młodzieżą słyszącą ( $n = 60$ ). [Leigh, 2011]. Średni wynik zmodyfikowanej wersji BDI wynosił 10,5 dla uczniów niesłyszących w porównaniu ze średnim wynikiem 6,6 uczniów słyszących. Częstość występowania objawów depresji jeszcze bardziej różnicowała badane grupy: w grupie młodzieży niesłyszącej wykazano w 40% łagodną depresję, a w 10% – umiarkowaną lub ciężką – w porównaniu do 17% przypadków depresji łagodnej oraz 3% umiarkowanej i ciężkiej w grupie młodzieży słyszącej [Leigh, 2011].

Ciekawe doświadczenia z adaptacją narzędzi diagnostycznych przeprowadził Marcus, poddając 129 głuchych studentów badaniu za pomocą sfilmowanej wersji BDI (*Brauer-Gallaudet Beck Depression Inventory* – BGBDI) [Turner i wsp., 2007]. W badaniu tym stwierdzono istotne objawy depresji aż u 61% studentów: u 35% stwierdzono depresję łagodną do umiarkowanej, u 19% – od umiarkowanej do ciężkiej, u 7% stopień nasilenia objawów depresyjnych wahał się. Odnotowano również statystycznie istotną różnicę w wynikach badanych, którzy mieli rodziców głuchych – średnio 10,4, w porównaniu ze znacznie wyższym średnim wynikiem badanych, którzy mieli rodziców słyszących – 15,3 [Turner i wsp., 2007]. Potwierdza to wielokrotnie przedstawiane charakterystyki głuchych dzieci głuchych rodziców, jako posiadających mniej problemów emocjonalnych i zaburzeń zachowania w porównaniu z dziećmi słyszących rodziców. Istotnymi czynnikami wydają się być tutaj dwa elementy: po pierwsze rodzice głusi nie mają takich problemów w zaakceptowaniu głuchoty dziecka, jak rodzice słyszący – dla nich może być to nawet stan pożądany. Po drugie głusi rodzice nie mają problemów w komunikowaniu się ze swym niesłyszącym dzieckiem, tak więc od samego początku znajduje się ono w znacznie korzystniejszym dla jego rozwoju środowisku.

Jednym z najpoważniejszych, zarazem wymagających natychmiastowej interwencji przejawem depresji są myśli samobójcze. Jednak trudno też interpretować nieliczne i niespójne badania suicydologiczne, choć faktycznie mogą one wskazywać na możliwość podwyższonego ryzyka samobójstwa przez osoby z uszkodzonym słuchem. W badaniach Critchfielda i współpracowników stwierdzono ponadto nieco wyższy wskaźnik prób i innych zachowań samobójczych wśród głuchych uczniów kształcących się w formach segregacyjnych – tj. programach edukacyjnych tylko dla niesłyszących (2,2%), niż wśród głuchych uczniów uczących się ze słyszącymi (0,9%). Podobne różnice dotyczyły też werbalizacji myśli samobójczych (odpowiednio: 4,6% oraz 2,7%), jak i hospitalizacji z powodu próby samobójczej lub epizodu depresyjnego (odpowiednio: 1% oraz 0,6%) [Turner i wsp., 2007]. Trudno uogólniać te wyniki, jednak po pierwsze są one nieco wyższe niż w populacji ogólnej, po drugie, w zestawieniu z danymi o niższym wskaźniku depresyjności osób głuchych z głuchych rodzin, zastanawia fakt, dlaczego podobne zależności nie dotyczą głuchego środowiska szkolnego. Spodziewać by się można doświadczania większego wsparcia społecznego ze strony głuchych rówieśników posługujących się językiem migowym. Być może negatywny wpływ na badanych ma w tym wypadku obecność nasilonych w środowisku niesłyszącej młodzieży depresyjnych wzorców zachowań. Jednak interpretacja tych wyników wymagałaby jeszcze dodatkowych badań.

Lewis, Stephens i McKenna przytaczają także informację o stosunkowo licznych samobójstwach osób cierpiących na szumy uszne [Lewis i wsp., 1994]. Z kolei w badaniach De Leo i wsp. okazało się, że z siedmiu przypadków samobójstwa dokonanego przez osoby z wadą słuchu, problemy związane bezpośrednio ze słuchem były głównym czynnikiem przyczyniającym się w dwóch przypadkach (29%). W sumie 63% miało w wywiadzie chorobę psychiczną, a 43% doświadczyło niedawno przed samobójstwem traumatycznego zdarzenia [De Leo i wsp., 1999].

Istotna też jest konkluzja, że u większości osób z uszkodzonym słuchem, korzystających z poradni zdrowia psychicznego, stwierdza się częściej problemy zachowania i zaburzenia rozwojowe niż choroby psychiczne [Hindley, Kitson, 2002]. Potwierdzają to zestawienia statystyk szpitalnych przedstawione przez Naila Glickmana. Autor analizuje materiały szpitala w Westborough w amerykańskim stanie Massachusetts z lat 1999–2006, gdzie jest m.in. oddział dla głuchych pacjentów. Porównując rozkład diagnoz psychiatrycznych postawionych w tym okresie pacjentom niesłyszącym ( $n = 94$ ) i słyszącym ( $n = 180$ ) stwierdzono zarówno demograficzne, jak i diagnostyczne zróżnicowanie obu grup [Glickman, 2009]. Zaburzenia nastroju stanowiły 1/5 (21%) diagnoz osób słyszących i aż 1/3 (32%) osób niesłyszących, z czego ponad połowę w tej grupie (18,1%), zarazem prawie 2,5 razy więcej niż wśród słyszących (8,3%), stanowiły zaburzenia rozpoznane jako duże zaburzenia depresyjne (*major depressive disorders*). Jednocześnie wśród niesłyszących utrzymuje się poziom około 1/3 – przy tym wyższy niż u słyszących – rozpoznanych zaburzeń lękowych (28% w porównaniu z 8,9% wśród słyszących), zaburzeń rozwojo-

wych (32% – przy 6,6% wśród słyszących) oraz zaburzeń osobowości (36,5% – przy 21,7% wśród słyszących). Zaburzenia rozwojowe obejmowały także niepełnosprawność intelektualną – diagnoza ta pojawiła się ponad 4 razy częściej w grupie niesłyszących (18,1% – przy 4,4% wśród słyszących). Wśród szczegółowych diagnoz zaburzeń lękowych u niesłyszących pacjentów najczęściej stawiana była diagnoza stresu pourazowego, obejmująca 21,3% wszystkich hospitalizowanych (w przypadku słyszących znacznie mniej, bo 6,6%). Potwierdza to założenie, że większym problemem niesłyszących są przede wszystkim doświadczenia traumy (PTSD), a także zaburzenia zachowania i osobowości – niewykluczone, że będące także skutkiem tych pierwszych – a nie jakaś szczególna podatność na choroby psychiczne. Ogólna liczba zaburzeń nastroju wśród niesłyszących (wskazane wyżej 32%) była porównywalna z liczbą rozpoznanych zaburzeń psychotycznych w tej grupie (33%), co odbiegało znacząco od profilu rozpoznanych wśród słyszących: odpowiednio 21% zaburzeń nastroju i aż 88% zaburzeń psychotycznych. Dysproporcje w tym kierunku ujawniły się także w przyczynach hospitalizacji spowodowanych uzależnieniami: 41,7% wśród słyszących i 25,5% wśród niesłyszących [Glickman, 2009]. Podkreślam jednak, że jest to zestawienie przyczyn hospitalizacji, a nie rozpowszechnienia tych zaburzeń w obu populacjach.

Znaczna dysproporcja w liczbie rozpoznanych zaburzeń psychotycznych w przedstawionych badaniach wynikać może również z barier diagnostycznych: o ile w przypadku zaburzeń depresyjnych i lękowych większe znaczenie mogą mieć dane obserwacyjne, o tyle w rozpoznaniu zaburzeń psychotycznych konieczne są dość precyzyjne samoobserwacyjne informacje introspekcyjne z wywiadu z pacjentem, choć należy przyznać, że dane ze szpitala w Westborough pozyskiwane były z uwzględnieniem kompetencji komunikacyjnych pacjentów [Glickman, 2009]. Niektóre pytania – np. o słyszenie głosów – szczególnie nie przystają do doświadczeń osób z uszkodzonym słuchem, także doświadczających takich zjawisk, jak szumy uszne (*tinnitus*) czy *hyperacusis*. Opisy halucynacji, omamów czy deluzji wymagają nie tylko umiejętności językowych, ale także innych sprawności kognitywnych (np. dobrej pamięci, refleksyjności, myślenia tangentialnego i in.) [Glickman, 2009], będących pochodną kompetencji komunikacyjnych i intelektualnych (w badaniu wśród niesłyszących pacjentów było proporcjonalnie znacznie więcej osób z niepełnosprawnością intelektualną). Jest to więc wyraźnie problemowy obszar diagnozy osób niesłyszących, ale także niektórych grup osób słyszących, które Glickman określa wspólnym określeniem dorosłych pacjentów stanowiących wyzwanie dla lekarza psychiatry z powodu trudności językowych i w uczeniu się – LLC (*Language and Learning Challenges*) [Glickman, 2009]. *Skill-cards* stosowane w pracy z pacjentami z depresją według koncepcji Glickmana przedstawiono we wcześniejszej części podrozdziału.

Interesująco w tym zestawieniu wyglądają także analizy Rogowskiego, który wśród objawów psychicznych towarzyszących niedosłuchowi wymienia ograniczenia procesów komunikatywnych, brak zaufania do własnych możliwości, kompo-

nenty lękowe oraz izolację społeczną. Natomiast depresję wiąże bardziej z szumami usznymi i nadwrażliwością słuchową – zjawiskiem *hyperacusis*, przyczyniającymi się też, obok problemów wskazanych przy niedosłuchach, do zaburzeń koncentracji i problemów ze snem [Rogowski, 2005]. Wydaje się, że ten rodzaj stresu szybciej powoduje wyczerpanie siły rezytencji organizmu.

#### **2.5.4.5. Depresja u osób z niepełnosprawnością wzrokową w świetle badań empirycznych**

Podobnie jak w przypadku uszkodzeń słuchu trudno jest uzyskać precyzyjne wskaźniki epidemiologiczne dotyczące depresji w populacji osób z uszkodzonym wzrokiem, jak i innych chorób niezwiązanych bezpośrednio z niepełnosprawnością wzrokową [Rosołek, Gawlik, 2013]. W niewielu publikacjach naukowych podejmowany jest temat występowania chorób cywilizacyjnych wśród osób z dysfunkcją narządu wzroku. Za wymienionymi autorami można przytoczyć przegląd badań, z których wynika, że w porównaniu z pełnosprawnymi rówieśnikami znacznie częściej stwierdza się pogorszenie zdrowia [Capella-McDonnall, 2007] i wzrost ryzyka wystąpienia chorób cywilizacyjnych [Ayvazoglu i wsp. 2006; Jones i wsp. 2010; Albright, Jerome, 2011]. Crews i wsp. [2006] podali, że znaczna część badanej przez nich grupy niewidomych wskazywała na występowanie jednej ze współistniejących dolegliwości, takich jak problemy z oddychaniem, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia słuchu, depresja, cukrzyca, choroby serca i bóle krzyża. W innej grupie badanych złym stanem zdrowia cechowało się 54,2% osób niewidomych i 41,7% osób niedowidzących, w grupie porównawczej odsetek ten wynosił 21,5% [Jones i wsp., 2010]. Jako jedną z przyczyn takiego stanu rzeczy wymienia się niski poziom aktywności fizycznej [Albright, Jerome, 2011].

Badania Bolata i wsp. [2011] wykazały wprawdzie różnicę w poziomie depresji i w samoocenie między młodzieżą z wrodzonym całkowitym uszkodzeniem wzroku, uczącą się w szkole specjalnej ( $n = 40$ , średni wiek ok. 13 lat), a między równoliczną grupą widzącej młodzieży ze szkoły ogólnodostępnej, jednak nie była to różnica istotna statystycznie. Istotnie statystycznie okazały się natomiast różnice w poziomie lęku: był on wyższy u młodzieży z uszkodzonym wzrokiem. W badaniach wykorzystano narzędzia diagnostyczne: *The Children's Depression Inventory*, *Piers-Harris Children's Self-Concept Scale* oraz *Spielberger Trait Anxiety Inventory for Children*. Z kolei badania, które przeprowadzili przy użyciu Inwentarza Depresji Becka na nieco starszej grupie młodzieży (wiek 12–18 lat) Koenes i Karshmer, porównując 22 adolescentów określonych jako prawnie niewidomi od urodzenia z 29 widzącymi nastolatkami, wykazały istotnie wyższą częstość depresji wśród badanych z uszkodzonym wzrokiem ( $t = 2,937$ ;  $df = 50$ ;  $p < 0,005$ ), przy braku innych istotnych statystycznie zależności w zakresie zmiennych demograficznych. Autorzy stwierdzili średni wynik BDI na poziomie 7,103 w grupie młodzieży widzącej oraz 13,652 w grupie młodzieży niewidomej [Koenes, Karshmer, 2000].

Bardziej złożony charakter miały badania Browna i Barretta [2011] dotyczące osób starszych z niepełnosprawnością wzrokową. Autorzy starli się zidentyfikować czynniki istotne z punktu widzenia oceny jakości i satysfakcji z życia badanych, uwzględniając doświadczane przez nich objawy depresji. W założeniach badawczych wzięto również pod uwagę zależność między jakością życia a takimi czynnikami, jak: 1) ograniczenie aktywności; 2) posiadane zasoby społeczno-gospodarcze, uwzględniające przychody i zobowiązania finansowe; 3) zasoby społeczne, rozumiane jako stopień integracji społecznej i postrzegane wsparcie; 4) zasoby psychiczne, mierzone poziomem samoskuteczności. Wnioski autorów wskazują na zależność między stopniem utraty wzroku a liczbą objawów depresyjnych w okresie 3 lat objętych badaniem i oraz poziomem zadowolenia z życia. Każdy z czterech wymienionych czynników odegrał jakąś rolę w zmianach dotyczących oceny jakości życia badanych, jednak najsilniejszy wpływ pośredniczący miała ocena własnej skuteczności [Brown, Barrett, 2011]

Warto również zwrócić uwagę na wyniki badań bardzo licznej próby badawczej przeprowadzonych w Chinach. Badania z wykorzystaniem Skali Depresji (CES-D) i zaadaptowanego do warunków chińskich Kwestionariusza Osobowego Short Scale Eysencka (EPQ-RSC) objęły 1200 osób niepełnosprawnych wzrokowo spośród 22 tysięcy osób z poważnymi wadami wzroku zarejestrowanych w Federacji Osób Niepełnosprawnych Wuhan. U ponad jednej trzeciej odnotowano poważne klinicznie objawy depresji. Niestety prawie nikt z badanych nie był w żaden sposób leczony. Czynniki wyłonionymi w analizie regresji jako istotnie związane z bardziej poważnymi objawami depresyjnymi były: chwiejność emocjonalna, introwertyczna osobowość, posiadanie przekonań religijnych, ślepotą (w porównaniu z jedynie niedowidzeniem), stan wolny, niższe wykształcenie [Li i wsp., 2013].

Jeszcze szerszy zakres miały opublikowane niedawno najnowsze badania Zheng oraz Bokmana i wsp. na próbie populacyjnej 2520 białych i czarnych osób w wieku 65–84 lat, badanych trzykrotnie w latach 1993–1995 (oceniano na początku badania oraz po dwu, sześciu i ośmiu latach później). Objawy depresyjne u starszych osób oceniane za pomocą podskali depresji *General Health Questionnaire 28* okazały się istotnie związane z ostrością wzroku [Zheng, 2016]. Jednak co ciekawe zależność ta może być dwukierunkowa, gdyż osoby o wyższym początkowym poziomie objawów depresji były bardziej narażone na pogorszenie się widzenia z upływem czasu.

Warto również przedstawić stanowisko Polskiego Związku Niewidomych, który jako organizacja pozarządowa prowadzi rehabilitację osób po utracie wzroku i wyraża obawy o niezachowanie ciągłości dotacji pozyskiwanych w trybie konkursowym. PZN wnioskuje więc o utworzenie Narodowego Programu Rehabilitacji Osób Niewidomych i Słabowidzących, a jego przewodnicząca, A. Woźniak-Szymańska mówi: *Jeśli ta pomoc jest nieudzielona szybko, to bardzo trudno jest namówić później osobę po utracie wzroku do jakiejkolwiek aktywności (...). Bez nauki metod bezwzrokowych i bez wsparcia psychologów taka osoba nie jest w stanie sama sobie poradzić, albo popada w depresję, albo w alkoholizm, albo*



sobie życie odbiera, bo takich samobójstw mamy także bardzo dużo w Polsce [niepełnosprawni.pl, 2016]. W statystykach policyjnych w danych z 2014 r. wśród 10 207 zamachów samobójczych (z czego ponad 6 tys. zakończyło się zgonem) przewlekła choroba była ustaloną przyczyną w 600 przypadkach, a trwałe kalectwo w 21. Nie są to przyczyny dominujące: najwięcej samobójstw powodowanych jest nieporozumieniami rodzinnymi – 1358, chorobą psychiczną (a więc włączając w to depresję) – 1101 albo zawodem miłosnym – 814. Jednak często przyczyny samobójstw współwystępują, a ponadto niepełnosprawność, mimo iż nie musi być bezpośrednią przyczyną targnięcia się na życie, może częściej powodować tego typu skutki, jak wymienione wyżej. Póki jednak brak wiarygodnych zestawień, pozostają tylko domysły. Rzecz jednak nie w statystykach. To, czy przypadków takich jest więcej czy mniej niż w populacji generalnej, ma oczywiście swoje znaczenie dla profilaktyki i promocji zdrowia psychicznego. Jednak prawdziwy problem polega na tym, czy jesteśmy w stanie przyjąć z kompetentną pomocą tym osobom – adekwatną do ich ograniczeń i możliwości percepcyjnych, poznawczych i komunikacyjnych; do ich specyficznych doświadczeń życiowych [Samobójstwa 2014, 2016].

W przypadku zaburzeń depresyjnych u osób niewidomych warto rozważyć również problem zakłóceń rytmu dobowego oraz wydzielania się melatoniny, wynikający z braku bodźców wzrokowych, sygnalizujących noc i dzień. Skutkiem tego są trudności osób niewidomych z orientacją w czasie oraz zaburzenia snu. Jednocześnie potwierdzono, że zaburzenia snu są powszechne w przypadku zaburzeń depresyjnych, często charakteryzują się trudnością z zasypianiem, jeszcze częściej porannym przebudzeniem. Melatonina z jednej strony działa hipnotycznie i synchronizuje rytm dobowy, z drugiej może być stosowana także jako środek przeciwdepresyjny. Dobrze ustawiona farmakoterapia może jednocześnie rozwiązać te dwa problemy osób z uszkodzonym wzrokiem [Serfaty i wsp., 2010]

W rehabilitacji psychicznej osoby po utracie wzroku, ukierunkowanej na zapobieganie dezaktywacji i depresji, akcentuje się przede wszystkim potrzebę wsparcia w następujących obszarach:

- w urealnieniu oceny własnych możliwości, tak w życiu codziennym, jak i w pracy zawodowej, czy innych formach aktywności,
- w możliwie szybkim przyjęciu do świadomości i pogodzeniu się z utratą wzroku i jej skutkami,
- w dostosowaniu się do koniecznych ograniczeń narzuconych przez niepełnosprawność,
- w maksymalnym uaktywnieniu się i rozwinięciu swoich sprawności,
- w przystosowaniu się i partycypacji w życiu grupy społecznej [Gieryszewska, 2013].

Choć bardzo dobrym czynnikiem adaptacji jest kontakt z innymi niewidomymi, grupą wsparcia, to jednak w początkowym radzeniu sobie z traumą, gdy osoba ociemniała nie jest jeszcze w stanie zaakceptować utraty wzroku, kontakt z innymi niewidomymi może jeszcze pogłębić depresję. Warto jednak obserwować pacjenta

i w stosownym momencie podejmować próby nawiązania takich kontaktów, gdyż mogą się one okazać bezcenne w adaptacji i zmianie życiowej.

Na koniec może warto zaznaczyć, że w badaniach z roku 1993 przeprowadzonych w Arabii Saudyjskiej na studentach depresja była bardziej rozpowszechniona wśród osób niewidomych (14%) niż wśród osób niesłyszących (6,5%) [Abolfotouh, Telmesani, 1993]. Różnice te są znaczące i nawet biorąc pod uwagę, iż przeprowadzono je dość dawno temu oraz że dotyczą innych warunków kulturowych, należy zwrócić uwagę na tak zarysowaną zależność.

#### 2.5.4.6. Depresja u osób głuchoniewidomych

Na tle powyższego przeglądu nietrudno oczekiwać, iż u osób głuchoniewidomych wskaźniki depresji będą znacząco wyższe. Według wyników badań Heine i Browning [2002], Bodsworth i wsp. [2011] czy też Saunders i Echt [2007] przewyższają one skalę zaburzeń depresyjnych niepełnosprawności ruchowej, jak również w przypadku pojedynczej niepełnosprawności sensorycznej, choć uszkodzenie wzroku czy słuchu w wieku powyżej 50 lat – nieistotne czy w izolacji, czy we współwystępowaniu – podnosi znacząco częstość zaburzeń depresyjnych. Istnieją także badania [Bazargan i wsp., 2001; Chou, Chi, 2004] wykazujące, że sam czynnik utraty wzroku może bardziej przyczyniać się do depresji, niż nawet głuchoślepotą. Analizując te dane Marion Hersh [2013] nie wyjaśnia tej zaskakującej zależności, może ona jednak obrazować doświadczenia człowieka bliższe granicy normy (utrata wzroku), niż dotyczące funkcjonowania w sytuacjach ekstremalnych (utrata wzroku i słuchu). Głuchoślepotą częściej ma również charakter rozwojowy, związany z przyczynami wrodzonymi, nie ujawnia się więc tutaj poczucie straty związanej z wiekiem.

Z przeglądu badań dokonanego przez Marion Hersh [m.in. w oparciu o Brennen i wsp., 2005; Bodsworth i wsp., 2011] wynika, że jako główne czynniki depresji u osób głuchoniewidomych zidentyfikowano:

- trudności komunikacyjne,
  - brak wsparcia społecznego,
- oraz kilka, takich jak:
- izolacja społeczna,
  - uczucie obniżonej pewności siebie,
  - obniżone poczucie bezpieczeństwa,
  - utrata samodzielności,
  - negatywne postawy innych ludzi,
  - brak akceptacji rodziny [Hersh, 2013].

W tym ostatnim obszarze autorka przytacza wyniki Lejeune (2010), przeprowadzone na unikatowych grupach fokusowych osób głuchoniewidomych po 70. r.ż. z których wynika nie tylko brak akceptacji samych siebie z podwójną niepełnosprawnością, ale także chęć chronienia swoich rodzin przed związaną z tym styg-

matyzacją. Autorka podaje drastyczny przykład starszego człowieka niewidomego, który po utracie słuchu przez 12 lat wzbraniał się przed używaniem aparatów słuchowych, świadczących także o utracie słuchu [RTPG, 2016].

Z kolei wśród czynników pomocnych w profilaktyce zaburzeń depresyjnych Hersh przytacza za McDonnallem [2009] aktywność fizyczną i społeczną [RTPG, 2016]. To ważna zależność, chociaż właśnie podwójna niepełnosprawność sensoryczna ogranicza u większości osób głuchoniewidomych zarówno jedną, jak i drugą aktywność, a zaczyna się to już od nadopiekuńczych postaw rodziców głuchoniewidomych dzieci. Z przytaczanych przez autorkę badań wynika, że 42% z nich pozostaje więźniami we własnych domach. Natomiast w badaniach własnych autorki, przeprowadzonych na 27 starszych osobach głuchoniewidomych ujawniono, że brak aktywności psychicznej, codziennych zajęć aktywizujących, zaniechanie walki z objawami depresji powoduje, iż u osób tych na dysfunkcjonalność związaną z zaburzeniami percepcyjnymi nakładają się objawy dementyjne. Autorka zaleca przede wszystkim jako warunek konieczny pozytywnej zmiany przełamanie bariery komunikacyjnej przez jakiś z systemów komunikacji alternatywnej dostosowanej do potrzeb tych osób, ale również kontakt z organizacjami pozarządowymi, zajmującymi się ich aktywizacją i ukazujących pozytywne wzorce samorealizacji w dostępnym zakresie [RTPG, 2016]. W Polsce taką organizacją jest Towarzystwo Pomocy Głuchoniewidomym, które opublikowało np. dostępny w internecie raport Głuchoniewidomi w Polsce 2016, w którym przedstawiono m. in. kilka postaci „głuchoniewidomych bohaterów” [Craig, 2010]. Czasem publikacja taka może być pierwszym krokiem do tego, by przekonałszy o możliwości działania w warunkach podwójnego uszkodzenia zmysłów, zainicjować zmianę pozwalającą na pokonanie depresji.

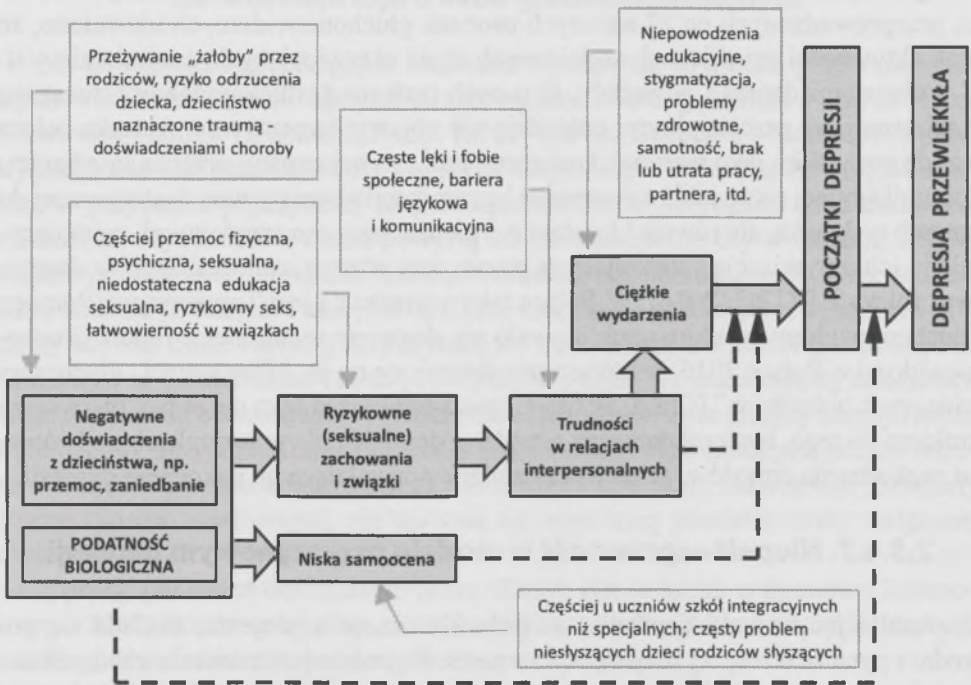
#### **2.5.4.7. Niepełnosprawność w modelu przyczynowym depresji**

Analizując związki depresji z niepełnosprawnością pacjenta, zakłada się pośrednio pytanie o rolę tej niepełnosprawności w genezie powstawania zaburzeń depresyjnych, co zostało już wcześniej zasygnalizowane w kontekście doświadczenia straty, np. w odniesieniu do wieku podeszłego. Dążąc do syntezy zebranych – a niestety, trzeba przyznać, że szczątkowych i nie zawsze spójnych – wyników badań warto poszukać modelu teoretycznego, tłumaczącego mechanizm, przez który niepełnosprawność wzrokowa lub słuchowa pozostają w związku z pojawieniem się zaburzeń depresyjnych.

Mechanizm taki wpisuje się w model przyczynowy depresji, zaproponowany przez Toma K.J. Craiga [2010]. Nie dotyczy on z założenia niepełnosprawności, ale nadaje się do tego, by wpisać ją weń jako czynnik powodujący zaburzenia nastroju. Autor porusza się w obrębie paradygmatu psychiatrii środowiskowej, przystającego do niepełnosprawności słuchowej i wzrokowej, rozumianej nie tylko jako zjawisko społeczne, ale i kulturowe. Można uznać, że jest to także model rozwojowy, gdyż związany z kumulacją doświadczeń istotnych w genezie zaburzeń depresyjnych.

Dotyczy bardziej narastania zagrożenia depresją w ciągu życia, niż u jego schyłku, do czego bardziej nadawałyby się wspomniany traumatyczny model starości, oparty na poczuciu straty.

Czynniki przyczyniające się do depresji osoby z niepełnosprawnością zostały przedstawione w formie schematu na rycinie 2. Przy tym sam oryginalny model Craiga odzwierciedlają pola zaciemnione – w pozostałych przedstawione zostały powiązane z nimi te doświadczenia wynikające z niepełnosprawności słuchowej lub wzrokowej, które można uznać za istotne w odniesieniu do omawianych grup osób niepełnosprawnych.



**Rycina 2.** Czynniki podwyższające ryzyko zachorowania u osób z niepełnosprawnością spowodowaną zaburzeniami sensorycznymi w teoretycznym modelu przyczynowym depresji Toma K.J. Craiga (źródło: opracowanie własne w oparciu o T.J.M. Craig 2010, s. 219).

Poszukując przyczyn depresji Craig [2010] zwraca uwagę na negatywne doświadczenia z dzieciństwa, włączając w to problem przemocy i zaniedbania. W przypadku dzieci z uszkodzonym wzrokiem czy słuchem dużym obciążeniem jest to, że ich rodzice doświadczają traumy związanej z niepełnosprawnością dziecka, której odkrycie należy do bardzo stresogennych sytuacji. W psychologii mówi się o przeżywaniu „żałoby”, co odzwierciedla z jednej strony skalę doświadczanej straty, z drugiej podpowiada, że może to być proces długotrwały. Niektórzy rodzice nigdy nie dochodzą do stanu akceptacji dziecka i jego niepełnosprawności. Rodzic,

który nie poradził sobie ze swoimi uczuciami (nie uzyskał potrzebnego wsparcia psychospołecznego), może być emocjonalnie niedostępny dla dziecka, co utrudnia budowanie więzi i pogarsza warunki prawidłowego rozwoju emocjonalno-społecznego. Dzieci z niepełnosprawnością częściej mogą doświadczać odrzucenia, zaniebdania, także przemocy, a więc według Craiga [2010] czynników depresjogennych. Pogłębia je trudne dla dziecka doświadczenie choroby, szpitala, leczenia, będące częstym udziałem osób z uszkodzonym słuchem lub wzrokiem [Podgórska-Jachnik, 2014]. Dodatkowo jeśli w procesie nieprzeżytej żałoby rodzic sam utknął na dłużej na etapie depresji, to opiekując się dzieckiem dostarcza mu negatywnych bodźców emocjonalnych, jak również wzorców zachowań depresyjnych.

Drugim czynnikiem w modelu Craiga [2010] są ryzykowne zachowania i związki, w tym seksualne. Ten obszar w przypadku osób z niepełnosprawnością może stanowić również tło problemów z depresją. Osoby z niepełnosprawnością – szczególnie niesłyszące i niepełnosprawne intelektualnie – znacznie częściej padają ofiarą wykorzystania seksualnego. Ich ograniczenia komunikacyjne powodują, że sprawcy czują się bezkarni. Tak częste traumatyczne doświadczenia seksualne same w sobie są obciążeniem, mogą jednak rzutować również na życie i związki seksualne w przyszłości. Trudności interpersonalne – trzeci czynnik – pogłębia u osób z uszkodzonym słuchem czy wzrokiem, z jednej strony bariera komunikacyjna, z drugiej – ograniczona liczba kontaktów z rówieśnikami, będąca także skutkiem organizacji procesu kształcenia (segregacyjny system kształcenia, częste re kwalifikacje, przenoszenie do innych szkół itd.). Także kolejny czynnik – ciężkie wydarzenia są też często udziałem osób z niepełnosprawnością. Można nawet mówić tutaj o pewnej trajektorii, która z jednej strony wiąże się z różnymi niepowodzeniami – w relacjach społecznych, w nauce, pracy lub jej poszukiwaniu, itd. – z drugiej z powiązaną z nimi stygmatyzacją i wykluczeniem społecznym.

Jednocześnie można wiązać przyczyny depresji w podatnością biologiczną jednostki. Należy pamiętać, że niepełnosprawność sensoryczna wiąże się z większą współchorobowością, jej przyczyny związane są często z osłabieniem struktury i zaburzeniem funkcji układu nerwowego, które mogą wyrażać się w różny sposób. Brak na to dowodów, że podatność na uszkodzenie wzroku lub słuchu współwystępuje ze zwiększoną podatnością biologiczną na depresję, jednak uszkodzenia te oraz ich skutki psychospołeczne mogą się wiązać z mniejszą odpornością na frustrację i stres. Może to być zatem przyczyną szybszego wyczerpywania się sił w obliczu obciążeń psychicznych, konfliktów czy doświadczenia lęku oraz przyczyniać się do reakcji depresyjnych wobec doznawanych trudności. Jak wynika z ryciny 2, ten czynnik będzie miał także wpływ na rozwinięcie się łagodnych, pierwszych objawów depresji i jej przejście w depresję przewlekłą.

Udziałem dzieci z niepełnosprawnością, w tym z niepełnosprawnością sensoryczną, jest niska samoocena. Z badań wynika, że jest ona niższa częściej w szkole integracyjnej, niż specjalnej, w przypadku dzieci z uszkodzonym słuchem niższa w rodzinach, gdzie rodzice są słyszący, niż głusi, zatem ta zmienna osobowościowa

będzie wpływać niekorzystnie, podwyższając ryzyko depresji wśród osób z niepełnosprawnością sensoryczną, a wobec wskazanych zależności można powiedzieć, że w jakimś stopniu stanowi też koszt integracji.

Każdy z wyróżnionych bloków przyczynowych może wiązać się z doświadczeniem traumy, które zidentyfikowane zostały w przedstawionych badaniach empirycznych, np. przez Glickmana [2009]. Model teoretyczny wydaje się więc spójny z doświadczeniami klinicznymi. Co więcej, można dywagować, że adekwatna i w porę zaoferowana pomoc, uwzględniająca specyfikę pacjentów z niepełnosprawnością wzrokową lub słuchową – w tym drugim przypadku także ich specyficzne potrzeby językowe – jest właściwą i jedyną drogą profilaktyki zaburzeń depresyjnych wśród tych osób. Wymaga to jednak jeszcze w naszym kraju wypracowania działań modelowych, łączących model psychiatrii środowiskowej z interwencją edukacyjną, psychologiczną i socjalną, dających realne wsparcie psychospołeczne, bez potrzeby nadmiernej medykalizacji problemów pacjenta.

Podsumowując odniesienie modelu depresji Craiga do osób z niepełnosprawnością sensoryczną, należy zauważyć, że **czynniki depresji są takie same u tych osób, jak w populacji ogólnej, jednak ich nasilenie czy łatwość powstawania w podmiotowej sytuacji niepełnosprawności będą podnosiły ryzyko wystąpienia tej choroby.** Jednocześnie brak odpowiedniego modelu działań specjalistycznych dostosowanych do potrzeb pacjentów z tego typu niepełnosprawnością ogranicza skuteczność prewencji, być może problem ujawnia się dopiero przy poważnym zaawansowaniu dezorganizacji zachowania i nasileniu jego zaburzeń.

#### 2.5.4.8. Podsumowanie

Przedstawione założenia teoretyczne, jak i wyniki badań empirycznych wskazują na to, że powiązanie zaburzeń depresyjnych z niepełnosprawnością wzrokową i słuchową jest zasadne, choć związek ten jest modyfikowany przez różne czynniki. Należy przy tym uwzględnić także duże zróżnicowanie kategoriale i funkcjonalne opisywanej grupy.

Problem zwiększonej podatności na depresję u osób z uszkodzonym wzrokiem lub/i słuchem jest ciągle słabo rozpoznany obszarem badawczym i można rozpatrywać go w aspekcie:

- wspólnej przyczyny zaburzeń nastroju i zaburzeń percepcji (np. chorób metabolicznych zwiększających prawdopodobieństwo wystąpienia i jednych, i drugich);
- depresji w efekcie doświadczenia i kumulowania się negatywnych skutków niepełnosprawności sensorycznej (np. depresja jako reakcja na traumę związaną z utratą wzroku lub słuchu, jak również z dodatkowymi związanymi z tym stratami osobistymi);
- zaburzeń depresyjnych wpływających negatywnie na funkcjonowanie osoby z uszkodzonym wzrokiem lub/i słuchem, powiększających subiektywne lub

obiektywne skutki niepełnosprawności (np. depresja, jako czynnik samowyluczenia, zaprzestania aktywności czy odrzucenia pomocy i rehabilitacji, czy innych zachowań pogarszających poziom funkcjonowania tej osoby i przyczyniających się do pogłębienia niepełnosprawności).

Ponadto należy brać pod uwagę:

- trudności i ograniczenia diagnostyczne, w tym ograniczenia komunikacyjne – zwłaszcza w przypadku osób z uszkodzonym słuchem;
- czynniki społeczno-kulturowe znaczące dla planowania działań wspierających (np. psychoterapii z udziałem tłumaczy języka migowego);
- całościowy i kompleksowy charakter wsparcia psychospołecznego, wykorzystujący koncepcję psychiatrii środowiskowej w powiązaniu ze specjalistyczną usługą pomocową z zakresu psychologii, pedagogiki (specjalnej) i pracy socjalnej, dostosowaną do specyfiki doświadczeń życiowych osób z uszkodzonym wzrokiem i/lub słuchem;
- zróżnicowany obraz sytuacji osobistej pacjentów, obejmujący zarówno aspekty medyczne (których – choć są bardzo ważne – nie można jednak przeceniać), jak i aspekty funkcjonowania psychospołecznego.

Odwołując się do przyczynowego modelu depresji Toma Craiga, należy podkreślić raz jeszcze, że mechanizmy i uwarunkowania zaburzeń depresyjnych u osób z niepełnosprawnością wzrokową lub słuchową są takie same, jak u osób widzących i słyszących, jednak niepełnosprawność ta generuje więcej obciążeń wpisanych do tego modelu, co podwyższa ryzyko choroby, szczególnie przy braku specjalistycznego wsparcia na etapie profilaktyki.

## Piśmiennictwo

- Abolfotouh MA, Telmesani A. A study of some psycho-social characteristics of blind and deaf male students in Abha City, Asir region, Saudi Arabia. *Public Health* 1993; 107(4): 261–269.
- Albright C, Jerome GJ. The accuracy of talking pedometers when used during free-living: a comparison of four devices. *J Visual Impair Blind* 2001; 5: 299–304.
- Barnes C, Mercer G. *Niepełnosprawność*. Wydawnictwo Sic!, Warszawa 2008: 28, 54 i inne.
- Bazargan M, Baker RS, Bazargan SH. Sensory impairment and subjective well being among aged African American Persons. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2001; 56B: 268–278.
- Black PA, Glickman NS. Demographics, psychiatric diagnoses, and other characteristics of North American Deaf and hard-of-hearing inpatients. *J Deaf Stud Deaf Educ* 2006; 11(3): 303–321.
- Bodsworth SM, Clare ICH, Simblett SK, Deafblind UK. Deafblindness and mental health, psychological distress and unmet need among adults with dual sensory impairment. *Br J Vis Impair* 2011; 29: 6–26.
- Bolat N, Doğançın B, Yavuz M, Demir T, Kayaalp L. Depression and anxiety levels and self-concept characteristics of adolescents with congenital complete visual impairment. *Turk Psikiyatri Derg* 2011; 22(2): 77–82.

- Brown RL, Barrett AE. Visual impairment and quality of life among older adults: an examination of explanations for the relationship. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2011; 66(3): 364–373.
- Chou KL, Chi I. Factors associated with the use of publicly funded services by Hong Kong Chinese older adults. *Soc Sci Med* 2004; 58: 1025–1035.
- Connolly CM, Rose J, Austen S. Identifying and assessing depression in prelingually deaf people: a literature review. *Am Ann Deaf* 2006; 151(1): 49–60.
- Craig TKJ. *Depression*. In: Morgan C, Bhurga D, (eds.). *Principles of social psychiatry*. 2nd Ed. Wiley-Bleckwell, Oxford, USA 2010.
- De Leo D, Hickey PA, Meneghel G, Cantor CH. Blindness, fear of sight loss, and suicide. *Psychosomatics* 1999; 40(4): 339–344.
- Gałkowski T, Kaiser-Grodecka I, Smoleńska J. *Psychologia dziecka głuchego*. PWN, Warszawa 1998.
- Gieryszewska I. Brak wzroku a depresja. [online] dostępny w internecie: <https://portal.abczdrowie.pl/brak-wzroku-a-depresja>, [dostęp: 27.04.2016].
- Glickman N. *Cognitive-behavioral therapy for deaf and hearing persons with language and learning challenges*. Routledge, Taylor & Francis Group, New York 2009.
- Glickman N, Harvey MA. *Culturally affirmative psychotherapy with deaf persons*. Routledge, Taylor & Francis Group, New York 2009.
- Głuchoniewidomi w Polsce 2016. Raport Towarzystwa Pomocy Głuchoniewidomym. [online] dostępny w internecie: <http://tpg.org.pl/wp-content/uploads/2016/04/raport-g%C5%82uchoniewidomi-2016.pdf>. [dostęp: 27.04.2016].
- Heine C, Browning CJ. Communication and psychosocial consequences of sensory loss in older adults: overview and rehabilitation directions. *Disabil Rehabil* 2002; 24(15): 763–773.
- Hersh M. Deafblind people, communication, independence, and isolation. *J Deaf Stud Deaf Educ* 2013; 18(4): 446–463.
- Hindley P, Kitson N. *Deafness and mental health*. In: Graham J, Martin M, (eds.). *Ballantyne's deafness*. Six Ed. Whurr Publishers, London and Philadelphia 2002: 272–287.
- Ja, ojciec. Fundacja Otwórz Oczy, Warszawa 2012 (tekst popularnonaukowy – książka „Ja, ojciec” dostępna w Internecie na stronie Fundacji „Otwórz Oczy”).
- Kobosko J. Tożsamość macierzyńska matki a głuchota dziecka. *Studia Psychol* 2008; 46(4): 35–50.
- Kobosko J. Relacja matka – dziecko a zaburzenia rozwoju językowego u młodzieży głuchej. *Prz Psychol* 2009; 52(3): 327–342.
- Kobosko J. Poczucie niepełnosprawności a percepcja siebie i objawy depresji u osób dorosłych z głuchotą postlingwalną korzystających z implantu ślimakowego. *Nowa Audiofona* 2015; 4(1): 41–54.
- Koenes SG, Karshmer JF. Depression: a comparison study between blind and sighted adolescents. *Issues Ment Health Nurs* 2000; 21(3): 269–279.
- Kvam MH, Tambs K. Mental health in deaf adults: symptoms of anxiety and depression among hearing and deaf individuals. *J Deaf Stud Deaf Educ* 2007; 12(1): 1–7.
- Lane H. *Maska dobroczynności. Deprecjacja społeczności głuchych*. WSiP, Warszawa 1996.
- Leigh I.W. *Mental health and deaf adults*. In: Marschark M, (ed.). *The Oxford Handbook of Deaf Studies, Language and Education*. Vol. 1, Second Ed. Oxford University Press Inc., New York 2011.



- Lewis JE, Stephens SDG, McKenna L. Tinnitus and suicide. *Clin Otolaryngol* 1994; 19(1): 50–54.
- Li W, Zhong B, Liu X, Huang X, Dai X, Hu Q, Zhang H, Xu H. Depressive symptoms among the visually disabled in Wuhan: an epidemiological survey. *Shanghai Arch Psychiatry* 2013; 25(5): 306–313.
- Łukasiak E. Jakie straty niesie ze sobą brak wzroku. Portal internetowy Polskiego Związku Niewidomych. [online]. [Http://pzn.org.pl/jakie-straty-niesie-ze-soba-brak-wzroku/](http://pzn.org.pl/jakie-straty-niesie-ze-soba-brak-wzroku/), [dostęp: 20.04.2016].
- Mikołajczyk-Lerman G. *Między wykluczeniem a integracją – realizacja praw dziecka niepełnosprawnego i jego rodziny. Analiza socjologiczna*. Wydawnictwo UŁ, Łódź 2013.
- Osoby niewidome apelują o pomoc państwa. Portal: [niepelnosprawni.pl](http://niepelnosprawni.pl) [online]. [Http://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/319515;jsessionid=79E647559A690B8E267563DE-4AE9D6AB](http://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/319515;jsessionid=79E647559A690B8E267563DE-4AE9D6AB), portal [niepelnosprawni.pl](http://niepelnosprawni.pl), aktualności, [dostęp: 14.04.2016].
- Pictograms, visualizations & education. Portal Sclera npo [online]. [Http://www.sclera.be/en/vzw/home](http://www.sclera.be/en/vzw/home), [dostęp: 9.03.2016]. Symbole wersji polskiej do pobrania: <http://www.sclera.be/en/picto/downloads>.
- Podgórska-Jachnik D. Otwarcie na integrację w systemie edukacji – co powinien wiedzieć KAŻDY pedagog o psychologicznych aspektach uszkodzenia słuchu? *Studia Eduk* 2009; 9: 135–154.
- Podgórska-Jachnik D. *Głusi. Emancypacje*. Wydawnictwo Naukowe WSP w Łodzi, Łódź 2013.
- Podgórska-Jachnik D. *Praca socjalna z osobami z niepełnosprawnością i ich rodzinami*. Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa 2014.
- Podgórska-Jachnik D. *Komunikacja z pacjentem z niepełnosprawnością sensoryczną*. W: Krajewska-Kułak E, Guzowski A, Bejda G, Lankau A, (red.). *Pacjent „inny” wyzwaniem opieki medycznej. Podręcznik dla studentów i pracowników ochrony zdrowia*. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Wydawnictwo Naukowe SILVA RERUM, Poznań 2016: 397–414.
- Prasałek B. Starczowzruczność, czyli presbiopia. Portal: [poradnikzdrowie.pl](http://poradnikzdrowie.pl). [online]. [Http://www.poradnikzdrowie.pl/zdrowie/oczy/starczowzrucznosc-czyli-presbiopia\\_33545.html](http://www.poradnikzdrowie.pl/zdrowie/oczy/starczowzrucznosc-czyli-presbiopia_33545.html), [dostęp: 3.03.2016].
- Raport o osobach niepełnosprawnych w Polsce, 2011. Raport Biura Prasowego Kongresu Kobiet „Kobiety dla Polski. Polska dla Kobiet”.
- Rogowski M. *Szumy uszne i nadwrażliwość słuchowa*. W: Śliwińska M, (red.). *Audiologia kliniczna*. Mediton Oficyna Wydawnicza, Łódź 2005.
- Rosołek B., Gawlik K. *Poziom aktywności fizycznej osób z dysfunkcją narządu wzroku a zagrożenie chorobami cywilizacyjnymi – przegląd literatury*. Rozprawy Naukowe Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu nr 42, Wrocław 2013.
- Samobójstwa 2014. [online] dostępny w internecie: <http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/samobojstwa/110594,Samobojstwa-2014.html>, [dostęp: 22.04.2016].
- Saunders GH, Echt KV. An overview of dual sensory impairment in older adults: perspectives for rehabilitation. *Trends Amplif* 2007; 11(4): 243–258.
- Serfaty MA, Osborne D, Buszewicz MJ, Blizard R, Raven PW. A randomized double-blind placebo-controlled trial of treatment as usual plus exogenous slow-release melatonin (6 mg) or placebo for sleep disturbance and depressed mood. *Int Clin Psychopharmacol* 2010; 25(3): 132–142.

- Śliwińska-Kowalska M. *Audiologia kliniczna*. Mediton Oficyna Wydawnicza, Łódź 2005.
- Turner RJ, Beiser M. Major depression and depressive symptomatology among the physically disabled. *J Nervous Mental Dis* 1990; 178: 343–350.
- Turner O, Windfuhr K, Kapur N. Suicide in deaf populations: a literature review. *Ann Gen Psychiatry* 2007; 6: 26.
- W Polsce żyje aż 1,8 mln niewidomych lub słabowidzących. Autor: RZX/Rynek Zdrowia 15 października 2015, [online]. [Http://www.rynekzdrowia.pl/Uslugi-medyczne/W-Polsce-zyje-az-1-8-mln-niewidomych-lub-slabowidzacych,155889,8.html](http://www.rynekzdrowia.pl/Uslugi-medyczne/W-Polsce-zyje-az-1-8-mln-niewidomych-lub-slabowidzacych,155889,8.html), [dostęp: 17.04.2016].
- Watt JD, Davis FE. The prevalence of boredom proneness and depression among profoundly deaf residential school adolescents. *Am Ann Deaf* 1991; 136(5): 409–413.
- Werngren-Elgström M, Dehlin O, Iwarsson S. Aspects of quality of life in persons with prelingual deafness using sign language: subjective wellbeing, ill-health symptoms, depression and insomnia. *Arch Gerontol Geriatr* 2003; 37(1): 13–24.
- Zawadzki B, Popiel A, Pragłowska E. Charakterystyka psychometryczna polskiej adaptacji Kwestionariusza Depresji BDI-II Aarona T. Becka. *Psychologia – Etologia – Genetyka* 2009; 19: 71–95.
- Zheng DD, et al. Longitudinal relationships between visual acuity and severe depressive symptoms in older adults: the Salisbury Eye Evaluation study. *Aging Ment Health* 2016; 20(3): 295–302.